



2024

INFORME DE GESTIÓN INSTITUCIONAL



**Hospital Universitario
Clínica San Rafael**

UN HOSPITAL DE LA FAMILIA STEWARD

CONTENIDO

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 01. MENSAJE A NUESTROS GRUPOS DE INTERÉS | 7 |
| 02. PRESENTACIÓN INSTITUCIONAL..... | 10 |
| 03.GESTIÓN ESTRATÉGICA..... | 12 |
| 3.1. PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | 12 |
| GESTION CLINICA | 18 |
| 5.1. COMPROMISO CON LA CALIDAD | 18 |
| 5.1.1. SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN | 18 |
| 5.1.2. PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD (PAMEC) | 19 |
| 5.1.3. MEJORAMIENTO CONTINUO | 21 |
| 5.1.4. GESTIÓN DE COMITÉS..... | 22 |
| 5.1.5. REFERENCIACIÓN COMPARATIVA | 23 |
| 5.1.6. POLÍTICAS INSTITUCIONALES..... | 24 |
| 5.1.7. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA..... | 24 |
| 5.1.8. SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD | 24 |
| 5.1.9. PROGRAMA DE CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD | 25 |
| 5.1.10. VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA | 27 |
| 5.1.11. GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | 27 |
| 5.2. ATENCIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA..... | 31 |
| 5.2.1. PQRS | 31 |
| 5.3. UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN | 32 |
| 5.3.1 REFERENCIA, CONTRA REFERENCIA Y PHD | 32 |
| 5.3.2 NEONATOLOGÍA | 37 |
| 5.4. ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS | 39 |
| 5.4.1. SALAS DE CIRUGÍA..... | 39 |
| 5.4.2 GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA..... | 40 |
| 5.5. UNIDAD DE CUIDADO CRITICO | 43 |
| 5.6. ESPECIALIDADES CLÍNICAS MÉDICAS..... | 47 |
| 5.6.1. URGENCIAS | 47 |
| 5.6.2. PEDIATRÍA..... | 55 |
| 5.6.3. MEDICINA INTERNA..... | 57 |
| 5.6.4. SUBESPECIALIDADES CLÍNICAS..... | 59 |
| 5.7. UNIDAD DE ATENCIÓN AMBULATORIA: CONSULTA EXTERNA..... | 60 |
| 5.8. UNIDAD DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO | 64 |
| 5.8.1. IMÁGENES DIAGNOSTICAS | 64 |
| 5.8.2 HEMODINAMIA | 65 |
| 5.8.3. LABORATORIO CLÍNICO..... | 66 |
| 5.8.4. PATOLOGÍA | 68 |
| 5.8.5 BANCO DE SANGRE Y SERVICIO DE GESTIÓN PRE TRANSFUSIONAL | 68 |
| 5.9. GESTIÓN DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA | 70 |
| 5.10. SERVICIO FARMACÉUTICO | 73 |
| 5.11. GESTIÓN DE AUDITORIA MÉDICA..... | 74 |
| 06. GESTION TACTICA Y DE APOYO..... | 77 |
| 6.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO..... | 77 |
| 6.1.1. ATRACCIÓN Y FIDELIZACIÓN | 77 |
| 6.1.2. NÓMINA Y BENEFICIOS..... | 78 |
| 6.1.3. GESTIÓN DEL CAMBIO Y CULTURA..... | 79 |
| 6.2. SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO (SST)..... | 81 |

| | |
|-----------------------------------------------------------------|-----|
| 6.3. GESTIÓN LEGAL | 82 |
| 6.4. SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL | 89 |
| 6.5. GESTIÓN DE MANTENIMIENTO E INFRAESTRUCTURA | 92 |
| 6.4. GESTIÓN DE ACTIVOS FIJOS | 97 |
| 6.6. GESTIÓN AMBIENTAL..... | 98 |
| 6.8. GESTIÓN DOCUMENTAL..... | 101 |
| 6.9. GESTIÓN INGENIERÍA BIOMÉDICA | 103 |
| 6.10. GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA | 109 |
| 6.11. GESTIÓN DE LAS COMUNICACIONES | 111 |
| 07. GESTIÓN DOCENTE E INVESTIGATIVA | 114 |
| 7.1 CONVENIOS DOCENCIA Y SERVICIO | 114 |
| 7.2 INVESTIGACIÓN PROPIA Y FORMATIVA..... | 117 |
| 7.3. ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN | 120 |
| 08. GESTION FINANCIERA | 125 |
| 8.1. GESTIÓN DE TESORERÍA | 125 |
| 8.2. GESTIÓN CONTABLE..... | 125 |
| 8.3. GESTIÓN DE FACTURACIÓN | 125 |
| 8.4. GESTIÓN DE CARTERA..... | 125 |
| 8.5. GESTIÓN DE AUDITORÍA DE INTERNA | 125 |
| 8.6. ESTADOS FINANCIEROS | 125 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|------------------------------------------------------------------|----|
| Tabla 1Comportamiento ingresos 2024 vs 2023..... | 15 |
| Tabla 2Renovación vigencias con aseguradoras 2024 | 15 |
| Tabla 3Comportamiento ingresos por aseguradora 2024 | 15 |
| Tabla 4Comportamiento ingresos por unidad funcional 2024 | 16 |
| Tabla 5Tabla 1Resultados Autoevaluación Habilitación 2024 | 18 |
| Tabla 6Resultados Autoevaluación de Acreditación..... | 20 |
| Tabla 7Resultados Auditorías Internas..... | 21 |
| Tabla 8Resultados Auditorías Externas..... | 21 |
| Tabla 9Resultados Paciente Trazador..... | 21 |
| Tabla 10Estado de las Acciones de Mejora..... | 22 |
| Tabla 11Estado de las Oportunidades de Mejora | 22 |
| Tabla 12Referenciaciones Realizadas..... | 23 |
| Tabla 13Referenciaciones recibidas en el HUCSR | 23 |
| Tabla 14Gestión realizada con las Políticas Institucionales..... | 24 |
| Tabla 15Evaluación a la Gestión de Indicadores | 25 |
| Tabla 16Distribución de PQRS por tipo de comunicado..... | 32 |
| Tabla 17 Distribución de PQRS por causa de queja escrita | 32 |
| Tabla 18 Porcentaje de aceptación | 33 |
| Tabla 19 Porcentaje de ingresos efectivos | 33 |
| Tabla 20Porcentaje de ingresos efectivos..... | 33 |
| Tabla 21Ingresos efectivos - total facturado | 35 |
| Tabla 22 Metas 2024 | 35 |
| Tabla 23 Información general Neonatología..... | 38 |
| Tabla 24Capacitaciones Neonatología | 38 |
| Tabla 25Indicadores Obstetricia | 40 |

| | | |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tabla 26 | Indicadores otros eventos Obstétricos..... | 40 |
| Tabla 27 | Indicadores eventos adversos | 40 |
| Tabla 28 | Otros Indicadores | 40 |
| Tabla 29 | Indicadores generales Ginecología y Obstetricia | 40 |
| Tabla 30 | Planificación Familiar..... | 41 |
| Tabla 31 | Análisis Estructural y operativo del Modelo de Urgencias bajo el modelo sistémico de Entrada- Canal y Salida (Modelo de Asplin) | 53 |
| Tabla 32 | Tablero de seguimiento de pacientes | 54 |
| Tabla 33 | Indicadores del área de pediatría: (2023/2024)..... | 56 |
| Tabla 34 | Eventos adverso Medicina Interna..... | 57 |
| Tabla 35 | Egresos Medicina Interna | 58 |
| Tabla 36 | Demanda Consulta Externa | 60 |
| Tabla 37 | Procedimientos Ambulatorios Consulta Externa..... | 61 |
| Tabla 38 | Procedimientos Ambulatorios por Especialidad | 61 |
| Tabla 39 | Procedimientos Ambulatorios por Asegurador..... | 61 |
| Tabla 40 | Procedimientos Ambulatorios por Asegurador mes a mes..... | 61 |
| Tabla 41 | Citas asignadas por especialidad | 62 |
| Tabla 42 | Indicadores de Eficiencia y Eficacia | 64 |
| Tabla 43 | Comportamiento unidad de Imágenes Diagnósticas | 65 |
| Tabla 44 | Total procedimientos Hemodinamia | 65 |
| Tabla 45 | Oportunidad Global | 65 |
| Tabla 46 | Comparativo anual total análisis, muestras y pacientes atendidos | 66 |
| Tabla 47 | Oportunidad mes 2024..... | 67 |
| Tabla 48 | Comparativo donantes de sangre total captados 2023-2024..... | 69 |
| Tabla 49 | Comparativo total donante aféresis 2023-2024..... | 69 |
| Tabla 50 | Hemocomponentes distribuidos 2024 | 70 |
| Tabla 51 | Comparativo hemocomponentes transfundidos | 70 |
| Tabla 52 | Tabla Resultados promedio de adherencia a protocolos de enfermería | 71 |
| Tabla 53 | Aceptación de Glosa 2024 por tipificación..... | 75 |
| Tabla 54 | Subtipificación de glosa 2024 | 75 |
| Tabla 55 | Comportamiento de glosas | 75 |
| Tabla 56 | Mapa de Calor | 91 |
| Tabla 57 | Metodología de Riesgos | 92 |
| Tabla 58 | Resultados Autoevaluación | 96 |
| Tabla 59 | Mapa de calor por cumplimiento al estándar | 96 |
| Tabla 60 | Compras de Activos Fijos..... | 97 |
| Tabla 61 | Programa de ahorro y uso eficiente de los recursos..... | 101 |
| Tabla 62 | Historias clínicas entregadas | 102 |
| Tabla 63 | Correspondencia recibida..... | 102 |
| Tabla 64 | Entrega de certificados..... | 103 |
| Tabla 65 | Elementos en bodega Lote de Ambulancias..... | 103 |
| Tabla 66 | Elementos en Bodega de Outsourcing | 103 |
| Tabla 67 | Convenios Docencia Servicio Activos 2024 | 115 |
| Tabla 68 | Rotación de estudiantes | 115 |
| Tabla 69 | Número de estudiantes de internado que rotaron en 2024..... | 115 |
| Tabla 70 | Otros estudiantes que rotaron en 2024 | 116 |
| Tabla 71 | Facturación | 116 |
| Tabla 72 | Cobros Pago en Especie Universidades..... | 116 |

| | |
|---------------------------------------------------------------------|-----|
| Tabla 73 Estado de los proyectos de Investigación Patrocinada | 119 |
| Tabla 74 Facturación 2024 | 119 |



MENSAJE A NUESTROS GRUPOS DE INTERÉS

El año 2024 como en años anteriores continua con acontecimientos políticos, económicos y sociales que afectan directamente el sector de la salud en Colombia. Lo anterior signífico para el Hospital Universitario Clínica San Rafael un reto importante en la sostenibilidad financiera y operacional de la institución.

El Ministerio de salud continuo en el avance del proyecto de Reforma a la Salud, respecto del cual los actores del sistema consideraron fundamental conservar los avances en la cobertura del aseguramiento y la sostenibilidad financiera con el fin de brindar acceso a todos los colombianos.

De esta manera, el Hospital Universitario Clínica San Rafael, continua al proceso de Acreditación Institucional en Salud, completando la tercera autoevaluación de la institución presentado un notorio avance en la calidad y prestación de los servicios. En respuesta a esta necesidad, se rediseñó el modelo de atención, con el objetivo de mejorar la calidad de la atención al paciente y su familia. Esto se logró mediante la colaboración entre médicos hospitalarios, especialistas en micro gestión y diversos servicios de apoyo clínicos y administrativos.

Se fortalecieron las iniciativas del programa de humanización, con el objetivo de mejorar la experiencia del paciente durante su experiencia, independientemente de la patología que lo haya llevado al hospital.

Aunque siempre hemos contado con un talento humano destacado, el 2024 se enfocó en identificar y abordar las necesidades específicas de los pacientes, manteniendo altos estándares de atención integral. Se identificaron acciones para mejorar diferentes dimensiones de la atención, utilizando estrategias basadas en análisis de datos e indicadores para realizar ajustes necesarios y alcanzar resultados óptimos.

Finalmente, es importante destacar que la cultura organizacional del Hospital Universitario Clínica San Rafael se basa en la colaboración entre equipos, trabajando juntos hacia objetivos comunes y reconociendo que cada área tiene un impacto en las demás, con dirección clara y establecida.

El presente informe proporciona una vista a nuestro desempeño financiero, operativo y clínico del año 2024, destacando los logros alcanzados y los desafíos enfrentados, nuestro equipo humano demostró compromiso y resiliencia en continuar mejorando el acceso y la calidad de los servicios de salud a los colombianos.

Victor Hugo Gómez

Director General



02. PRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

02 2. PRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

El Hospital Universitario Clínica San Rafael es una destacada institución universitaria de salud de IV Nivel, con una trayectoria de más de 93 años que respalda su excelencia en el sector salud. Reconocido como uno de los centros de salud más prominentes del área centro oriental de Bogotá, se destaca por su compromiso con la renovación tecnológica constante, manteniéndose a la vanguardia de los avances científicos. Su enfoque prioritario es garantizar la seguridad del paciente y ofrecer un servicio cada vez más humano, en línea con los más altos estándares de calidad y atención.

Nuestra capacidad instalada está compuesta por 343 camas de hospitalización, 92 camillas de urgencias, 45 consultorios, 6 sillas de quimioterapia, 3 salas de parto, 7 salas de procedimientos, 10 salas de cirugía.

Nuestro portafolio de servicios es el siguiente:

- **Servicios Quirúrgicos**
Cirugía General, Ortopedia, Neurocirugía, Cirugía Plástica y Estética, Cirugía Oral y Maxilofacial, Otorrinolaringología, Urología, Cirugía Pediátrica, Cirugía Oncológica, Hemodinamia, Electrofisiología, Neuro radiología, Cirugía de Tórax, Cirugía Vascul ar Periférica, Cirugía Neurológica y Cirugía de Mano.
- **Servicios Asistenciales**
Medicina Interna, Hematología,

Pediatría, Neonatología, Neumología, Infectología, Neurología, Endocrinología, Psicología, Genética, Ginec obstetricia y Cardiología.

- **Servicios de Apoyo y Complementación Terapéutica**

Laboratorio Clínico, Banco de Sangre, Imágenes Diagnósticas, Terapia Ocupacional, Terapia Física, Terapia Respiratoria, Nutrición, Fonoaudiología, Quimioterapia, Diagnóstico Vascul ar, Hemodinamia e Intervencionismo, Gestión Pre-transfusional, Patología y Servicio Farmacéutico.

- **Servicios de Atención Inmediata**

Urgencias Adultos, Urgencias Pediátricas, y Atención del parto.

- **Servicios de Consulta Externa**

Ginec obstetricia, Cirugía General, Cirugía Pediátrica, Endocrinología, Hematología, Ortopedia, Reumatología, Urología, Cirugía de Cabeza y Cuello, Cirugía de tórax, Cirugía Plástica y Estética, Cirugía Vascul ar Periférica, Neumología Pediátrica, Cirugía Maxilofacial, Vacunación, Cardiología, Anestesia, Gastroenterología, Neurología y Medicina Física y Rehabilitación.

- **Servicios de Cuidado Crítico**

Adultos, Pediátrico y Neonatal, Coronaria y Cuidado Intermedio.



03. GESTIÓN ESTRATÉGICA

GESTIÓN ESTRATÉGICA

3.1. PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

En el mes de marzo de 2024, se definió el direccionamiento estratégico para el período

Misión:

Somos un hospital universitario sostenible que presta servicios de salud seguros y humanizados, apalancado en el mejoramiento continuo

Visión:

Ser en 2028 un hospital universitario acreditado, financieramente sostenible, socialmente responsable y con un talento humano comprometido.

Valores:

- Responsabilidad
- Respeto
- Honestidad
- Humildad
- Solidaridad

Promesa de Valor:

- Humanos
- Eficientes
- Responsables Socialmente
- Oportunos
- Efectivos
- Seguros

Proyectos Estratégicos:

- HUCSR Acreditado
- HUCSR Sostenible
- HUCSR Universitario
- HUCSR Socialmente Responsable
- HUCSR Comprometido

Indicadores de seguimiento al cumplimiento de la Misión:

- Tasa de infección: <2.4 por 1.000 egresos
- Reingreso (Hospitalización: En menos de 15 días y Urgencias: En menos de 72 horas): <1% mes del total de egresos

2024-2028; la plataforma estratégica incluye la misión, visión y 5 objetivos estratégicos

- Incidencia de eventos adversos: $\leq 5\%$ por mes del total de egresos
- Eventos adversos centinela: ≤ 3 por mes del total de egresos
- Tasa de PQRS: ≤ 10 quejas por 1000 usuarios atendidos
- Satisfacción del paciente: >95% año
- EBITDA: Positivo
- Cierre del plan de mejora: >70% de oportunidades de mejora cerradas

Indicadores de seguimiento al cumplimiento de la Visión:

- Publicaciones en revistas indexadas: ≥ 5 publicaciones al año
- Reconocimiento Hospital Universitario: Reconocido como Hospital Universitario
- EBITDA: Positivo
- El HUCSR deberá al cierre del período estar acreditado en salud
- Residuos aprovechables: $\geq 17\%$ al finalizar el periodo
- Implementación de programas de uso eficiente de agua: $\geq 9\%$ al finalizar el periodo
- Implementación de programas de uso eficiente de energía: $\geq 9\%$ al finalizar el periodo
- Implementación de actividades de RSE con relación a colaboradores: Sensibilización a grupos de interés $\geq 80\%$, al finalizar el periodo
- Implementación de actividades de RSE con relación a la comunidad: Sensibilización a grupos de interés $\geq 80\%$, al finalizar el periodo
- Rotación de personal: $\leq 3\%$ año, al finalizar el periodo
- Índice de felicidad: $\geq 3,8\%$ año



04. GESTIÓN COMERCIAL

4.2 GESTIÓN COMERCIAL

La Dirección Comercial para el año 2024 avanzó en la estructura de administración de convenios, que incluyó la actualización y mejora en la parametrización de servicios, el fortalecimiento de las competencias de los roles de los colaboradores del área, y el acercamiento con los diferentes Stakeholders que permitió aumentar los volúmenes de producción y los ingresos durante el año.

Para el año 2024, los ingresos tuvieron el siguiente comportamiento:

La información se presenta comparativa contra el año 2023.

| Expresado en millones | | | |
|--------------------------|---------|---------|--------------|
| Año | 2023 | 2024 | Δ% Ejecución |
| Ejecución | 294.612 | 276.655 | -6% |
| Presupuesto | 322.069 | 338.025 | 5% |
| Forecast | 304.767 | 281.752 | -8% |
| Cumplimiento Presupuesto | 93% | 82% | -12% |
| Cumplimiento forecast | 98% | 98% | 0% |

Tabla 1 Comportamiento ingresos 2024 vs 2023

En el año 2024, el ejercicio comercial se enfocó en homologar vigencias de negociación y homologación de tarifas con los aseguradores, obteniéndose los siguientes resultados para los clientes pareto:

| Aseguradora | Vigencia Anterior 2023 | Vigencia 2024 | Vigencia 2024 |
|---------------|------------------------|---------------|----------------|
| NUEVA EPS | Agosto | 15/07/2023 | sin actualizar |
| COMPENSAR | Febrero | 1/02/2023 | 1/02/2024 |
| SANITAS | Mayo | 1/05/2023 | 31/05/2024 |
| FAMISANAR | Abril | 1/04/2023 | 15/05/2024 |
| SURA EPS | Mayo | 1/04/2023 | 31/01/2024 |
| SALUD TOTAL | Mayo | 31/05/2023 | 1/08/2024 |
| SALUD BOLIVAR | Mayo-Julio | 1/09/2023 | 28/02/2024 |

Tabla 2 Renovación vigencias con aseguradoras 2024

Se logró un incremento global ponderado de 6%, siendo compensar en la modalidad de evento el que mayor aporta con un incremento de 16%.

Adicionalmente se generó una estandarización de fechas de negociación con los diferentes aseguradores, quedando solo La Nueva EPS sin ajuste debido a los diferentes cambios administrativos que tuvieron al interior.

En cuanto al comportamiento de ingresos netos por aseguradora, se observó: disminución general del 6%, sin embargo, se observa aumento para algunos aseguradores como Famisanar con el 11% y Compensar con el 2%. Reducción de Nueva EPS de 15%. Sura 13%, Salud total 21% y Sanitas 43%, evidenciando concentración de la venta con algunas aseguradoras de interés, exceptuando Sura con la que se continuarán los esfuerzos durante 2025 para mayor crecimiento.

| Aseguradora | Ingreso 2023 | Ingreso 2024 | % Part. 2023 | % Part. 2024 | Creci en ing |
|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Nueva EPS | 70.787 | 60.101 | 24% | 22% | -15% |
| Famisanar | 46.931 | 52.156 | 16% | 19% | 11% |
| Compensar | 83.711 | 85.396 | 28% | 31% | 2% |
| Suramericana | 28.145 | 24.389 | 10% | 9% | -13% |
| Sanitas | 32.790 | 18.753 | 11% | 7% | -43% |
| Salud Total | 6.395 | 5.053 | 2% | 2% | -21% |
| Otras | 25.853 | 30.808 | 9% | 11% | 19% |
| Total | 294.612 | 276.655 | 100% | 100% | -6% |

Tabla 3 Comportamiento ingresos por aseguradora 2024

Comportamiento por Unidad Funcional

| Unidad Funcional | Total Ingreso 2023 | Total ingreso 2024 | % Part. 2023 | % Part. 2024 | Crecimiento en ingresos |
|-------------------------------------------|--------------------|--------------------|--------------|--------------|-------------------------|
| Hospitalización e Internación | \$100.273 | \$93.565 | 34% | 34% | -7% |
| Quirófanos y Salas de Parto | \$94.801 | 88.669 | 32% | 32% | -6% |
| Unidad de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico | \$75.542 | 67.562 | 27% | 24% | -11% |
| Urgencias | \$18.964 | 19.363 | 6% | 7% | 2% |
| Otras | \$5.032 | \$7.496 | 0% | 3% | 49% |
| Total | \$294.612 | 276.656 | 100% | 100% | -6% |

Tabla 4 Comportamiento ingresos por unidad funcional 2024

En general, hubo disminución en las unidades funcionales de mayor aporte asociado a la baja productividad por no

disponibilidad de insumos con aumento en la unidad funcional de urgencias y otras asociadas a convenios docente asistenciales.

Modelos de Negociación

- Con Compensar EPS se estabilizó el control de la ejecución de los modelos de micro red, logrando reconocimientos adicionales en algunos periodos de conciliación, y administrando la demanda para poder cumplir la promesa de valor pactada en el modelo de negocio.
- Con NEPS se avanzó en la intención de contratar un techo presupuestal. Esta estrategia se concretará en el primer trimestre de 2025 para lograr materializarla.
- Se organizó propuesta de PGP Cardiovascular para Famisanar EPS, activado los últimos dos meses del año y el propósito es poderlo establecer en los primeros tres meses del año 2025.
- Se mantuvo comunicación fluida con todos los aseguradores permitiendo gestionar el recaudo y flujo de recursos efectivo, para garantizar la operación de las clínicas.

- Se elaboró una matriz de contratación que abarca todos los convenios vigentes y no vigentes de cada una de las clínicas, junto con su respectivo soporte documental. Esta matriz incluye la trazabilidad histórica de la contratación del ERP de la Clínica Centenario y el Hospital Universitario Clínica San Rafael, desde el año 2018, que fue la documentación más antigua disponible hasta 2024.

Generalidades

- Se llevaron a cabo reuniones con el área jurídica y el área de cumplimiento para determinar los documentos necesarios al inicio de cada convenio y recibir información sobre los procesos que deben actualizarse. La actualización continua de esta información es responsabilidad del área de convenios, que debe asegurar su constante mantenimiento y actualización.
- Se adelantaron auditorías al proceso de parametrización de servicios y se generaron ajustes a las diferencias encontradas.
- Se generó recuperación de cartera de Famisanar mediante acción legal que permitió sanear la artera previa a intervención.



05. GESTIÓN CLÍNICA

GESTION CLINICA

5.1. COMPROMISO CON LA CALIDAD

5.1.1. Sistema Único de Habilitación

Servicios Habilitados

- Total servicios habilitados: 81
- Servicios sede Clínica: 57
- Servicios Consulta Externa: 24

Capacidad Instalada

- Camas: 343
- Camillas: 60
- Consultorios: 45
- Sillas de Quimioterapia: 6
- Salas de parto: 7
- Salas de procedimientos: 7
- Salas de Cirugía: 10

Principales cambios en el REPS

- **Servicios**
 - Apertura y cierre del servicio de Consulta Externa de Odontología – Sede Consulta Externa
 - Apertura del servicio de Consulta Externa de Anestesia – Sede Consulta Externa
 - Cierre del servicio de Hematología – Sede Clínica
 - Cierre de los servicios de Consulta Externa de Ginecobstetricia y Cirugía Vascular – Sede Clínica
 - Cierre de los servicios de Consulta Externa de Medicina Interna, Ortopedia, Cirugía de Cabeza y Cuello, Hematología y Oncología y Hematología Pediátrica – Sede Consulta Externa
 - Ajuste en los horarios de atención de servicios de consulta externa en la sede Clínica y Consulta Externa
 - Apertura del servicio de Consulta Externa Otras Especialidades – Sede Clínica
- **Capacidad Instalada**
 - Cierre de una cama adultos
 - Cierre de 5 incubadoras
 - Cierre de 2 sillas de quimioterapia

Autoevaluación Habilitación

| ESTANDAR | % CUMPLIMIENTO AUTOEVALUACIÓN 2024 |
|----------------------------|------------------------------------|
| Talento humano | 74,0% |
| Infraestructura | 60,0% |
| Dotación | 99,0% |
| Medicamentos | 94,8% |
| Procesos prioritarios | 98,7% |
| Historia clínica | 92,9% |
| Interdependencia | 74,0% |
| Cumplimiento institucional | 84,8% |

Tabla 5 Tabla 1 Resultados Autoevaluación Habilitación 2024

La autoevaluación del Sistema Único de Habilitación (Resolución 3100) en el año 2024, se realizó desde el 17 de abril hasta el 30 de junio de 2024; para la presentación cuantitativa de los resultados se crearon 43 instrumentos de autoevaluación. Se generó informe el cual fue socializado por el Gestor de Aseguramiento de la Calidad con el objetivo de dar a conocer los hallazgos, respectivas conclusiones, recomendaciones y planes de intervención.

Se tiene proyectado para desarrollar las intervenciones para el estándar de infraestructura los próximos 15 meses a partir de enero de 2025 de la siguiente manera:

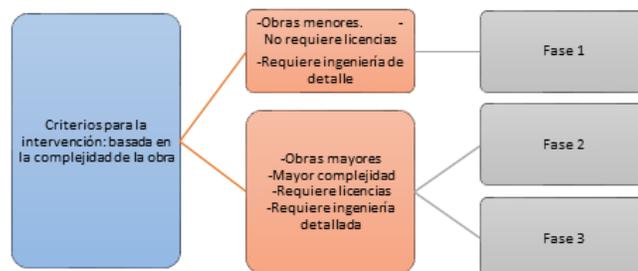


Gráfico 1 Fases intervenciones de infraestructura

FASE 1



| |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD FUNCIONAL DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA GASTROENTEROLOGIA |
| UNIDAD FUNCIONAL DE DIAGNOSTICO Y APOYO TERAPEUTICO HEMODINAMIA E INTERVENCIONISMO IMÁGENES DIAGNOSTICA |
| UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACION E INTERNACION HOSPITALIZACION 6 S, 7 Y 8 PISO UCIA 1P, UIA 2 P, UIP, URG |
| UNIDAD FUNCIONAL DE SALA DE PARTOS ATENCION AL PARTO |

Gráfico 2 Fase 1

FASE 2 Áreas a intervenir

| |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD FUNCIONAL DE QUIROFANOS Y SALAS DE PARTOS |
| UNIDAD FUNCIONAL DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA |
| UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACION E INTERNACION HOSPITALIZACION 2, 4, 5N Y 6N P |
| UNIDAD FUNCIONAL DE Y DIAGNOSTRICO APOYO TERAPEUTICO IMÁGENES DIAGNOSTICAS DIAGNOSTICO VASCULAR |

Gráfico 3 Fase 2

5.1.2. PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD (PAMEC)

En el 2024 se desarrolló el PAMEC enfocado en acreditación y se incluyeron las auditorias que desde Aseguramiento de la calidad se

desarrollaron. Para el desarrollo del programa se adaptó la ruta crítica en 5 pasos que se describen a continuación.

Ruta crítica:

El desarrollo de la ruta crítica se ejecutó partiendo de:

Autoevaluación: durante los meses de febrero a mayo se desarrolló la autoevaluación con la participación de los 9 equipos de autoevaluación obteniendo los siguientes resultados para cada uno de ellos:

Se fortaleció la estructura de mejoramiento continuo, instaurándose:

- 41 equipos primarios de mejoramiento
- 9 equipos de autoevaluación
- 1 equipo de mejoramiento institucional

Los cuales desarrollan sus propias funciones en cuanto al planteamiento y ejecución de las oportunidades de mejora y rendimiento de cuentas ante la alta dirección.

Se estableció la Metodología para el desarrollo de los EPM IDEAS MC la cual busca fortalecer el desempeño y la efectividad de los procesos en su labor de mejora continua por medio de:

- Apoyar el despliegue de información correspondiente a la planeación estratégica.
- Apropiar la mejora continua y el desempeño de los procesos a través del análisis de indicadores, análisis de productividad de su grupo de trabajo y el estado de su plan de mejora.
- Promover el aprendizaje organizacional a partir de los resultados de la mejora y de la información analizada por el equipo, promoviendo innovación y creatividad.

- Divulgar los lineamientos institucionales que influyen en la operación del proceso.
- Crear cultura de participación en el mejoramiento.
- Implementar y monitorizar el cumplimiento de las acciones de mejora incluidas en el plan de mejoramiento del grupo de estándares de acreditación correspondiente o de las demás fuentes de mejoramiento aplicables a las áreas o servicios que representan.
- Establecer mecanismos de comunicación efectiva al interior del equipo.
- Apoyar la gestión del equipo de autoevaluación del grupo de estándares que le aplique, respondiendo por el mejoramiento, implementación, despliegue y divulgación de los estándares de acreditación que corresponden a sus servicios o áreas de acuerdo con el plan de mejoramiento del grupo de estándares.

Planes de mejora

Posterior a la autoevaluación los equipos definieron oportunidades de mejora las cuales se ejecutaron entre los meses de junio a noviembre dejándose como estado de desarrollo los siguientes porcentajes:

| ESTÁNDAR | RESULTADO AUTOEVALUACIÓN 2024 | OPORTUNIDADES DE MEJORA | OPORTUNIDADES DE MEJORA PRIORIZADAS | % AVANCE PONDERADO |
|-----------------|---------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------|--------------------|
| PACAS | Hospitalario: 2.7 Ambulatorio: 2.4 | 48 | 48 | 81,7% |
| Dirección | 2.4 | 11 | 11 | 66,6% |
| Gerencia | 2.5 | 12 | 12 | 59,6% |
| Talento Humano | 2.4 | 52 | 17 | 80,1% |
| Ambiente Físico | 3.2 | 29 | 12 | 81.1% |

| | | | | |
|---------------------|-----|----|----|-------|
| G. de la Tecnología | 3.0 | 13 | 13 | 79.3% |
| G. Información | 2.1 | 40 | 14 | 69.1% |
| Mejoramiento | 1.9 | 11 | 11 | 82,1% |

Tabla 6 Resultados Autoevaluación de Acreditación

Adicionalmente, como estrategia para la apropiación de los ejes se conformaron 5 equipos de ejes, para su operación se establecieron planes de acción para ejecutar en el 2025.

Los principales Logros de acreditación se resumen a continuación:

Ajuste y definición del modelo de atención “HEROES”, se describió el modelo de atención institucional con un enfoque asistencial curativo teniendo en cuenta que se basa en el perfil de morbilidad del cual se desprenden las Guías de práctica clínica; así mismo, centrado en el individuo ya que dentro del ciclo de atención del paciente se describen las necesidades y riesgos por cada etapa. A su vez es un modelo biomédico ya que se centra en el diagnóstico y tratamiento, y debido al perfil demográfico que se maneja prevalecen pacientes de patologías crónicas y de alta complejidad.

A continuación, se esquematizan los atributos del modelo de atención y su definición dentro de la operatividad de la institución.

Metodología de acuerdos de servicios: se optimizó la comunicación y promesa de valor entre servicios para la atención del paciente en las diferentes etapas del ciclo de atención, dando prioridad al reporte y manejo de alertas críticas durante la atención.

PECOS: como parte del desarrollo del plan estratégico de comunicaciones se programó un cronograma de 33 boletines con temas

enfocados en acreditación de los cuales se han divulgado 8.

Para el 2025 se tiene proyectado desarrollar el 5 ciclo de mejoramiento institucional.

Auditorías internas

De acuerdo con la programación, se ejecutaron 7 auditorías internas obteniendo los siguientes resultados:

| AUDITORIA INTERNA | MET A | % DE CALIFICACIÓN |
|------------------------------------------------------|-------|-------------------|
| Donación de órganos | 80% | 79% |
| Buenas prácticas clínicas investigación | 80% | 96,15% |
| Buenas prácticas de manufactura de gases medicinales | 80% | 100% |
| Estrategia multimodal | 80% | 90,50% |
| Compass Group Services Colombia S.A - Alimentación | 80% | 82,10% |
| Programa Control de Infecciones | 80% | 79,20% |
| PROA | 80% | 74,50% |

Tabla 7 Resultados Auditorías Internas

De las auditorías que no alcanzaron la meta institucional se tiene como hallazgos transversales:

Ausencia del personal completo (donación de órganos, PROA)

Desarrollo de indicadores y consecución de metas

Auditorías externas

Se recibieron 5 auditorías externas de aseguradores con las cuales se tiene convenio vigente obteniendo los siguientes resultados:

| AUDITORIA EXTERNA | % CALIFICACIÓN |
|-------------------|----------------|
| Nueva EPS | 88% |
| Salud Total | 89% |
| Famisanar | 94% |

| | |
|-----------|-----------------------|
| Sanitas | 88,10% |
| Compensar | Resultado cualitativo |

Tabla 8 Resultados Auditorías Externas

Como hallazgos generales derivados de las auditorías se encuentran oportunidades de mejora en:

- Infraestructura
- Completitud de hojas de vida del talento humano

Pacientes trazadores

Se ejecutaron 6 trazadores obteniéndose los siguientes resultados:

| SERVICIO | META | % DE CALIFICACIÓN |
|-----------------------|------|-------------------|
| Medicina Interna | 85% | 63,2 |
| Pediatría | 85% | 62% |
| Neonatología | 85% | 92.8% |
| Ginecobstetricia | 85% | 83% |
| Salas de cirugía | 85% | 72% |
| Imágenes diagnosticas | 85% | 73% |

Tabla 9 Resultados Paciente Trazador

Las principales oportunidades de mejora corresponden a:

- Reconocimiento de plan de evacuación
- Identificación de riesgos y necesidades en la historia clínica
- Implementación de un sistema de inventarios y cronogramas de mantenimiento, asegurando su disponibilidad para el personal médico.

5.1.3. MEJORAMIENTO CONTINUO

Se elaboró el documento titulado "Ruta de Mejoramiento Continuo", en el cual se establece la metodología de mejora continua implementada en la institución. Este documento inicia con la presentación de las

16 fuentes generadoras de planes de mejora, definiendo los responsables por cada fuente y las transacciones que pueden llevar a cabo en Almera para el desarrollo de dichos planes, abarcando desde el planteamiento del problema hasta la implementación, seguimiento y cierre del plan de mejora. Además, para facilitar la comprensión y recordar los pasos del proceso de mejora continua, se ha creado la nemotecnia RAFAEL, que incluye los siguientes aspectos:

Revisar: Identificar los problemas o circunstancias que obstaculizan los procesos, es decir, todos los hallazgos y oportunidades de mejora que surgen de las fuentes de mejoramiento y que se integran en el plan único de mejora de cada proceso.

Analizar: Realizar un análisis de la causa raíz utilizando herramientas como lluvia de ideas, diagrama de espina de pescado, la técnica de los 5 porqués y el protocolo de Londres, con el fin de identificar el motivo principal que origina el problema, hallazgo u oportunidad de mejora.

Formular: Definir acciones de mejora que aborden la causa raíz del problema detectado, especificando qué se va a hacer, quién lo llevará a cabo y cuándo se realizará.

Actuar: Ejecutar las acciones de mejora y recopilar evidencias y soportes que permitan evaluar los resultados obtenidos.

Evaluar: Realizar un seguimiento del desempeño a través de indicadores que validen la efectividad de las acciones propuestas.

Lograr: Alcanzar y mantener la mejora, divulgando los resultados y comunicando las lecciones aprendidas.

En el marco de la gestión del desempeño, se llevó a cabo la revisión de los indicadores existentes, seguida de un diagnóstico detallado de su estado actual. Con el objetivo de optimizar el seguimiento de las acciones de mejora, se realizaron ajustes en la estructura, creando nuevos indicadores para fortalecer el proceso de mejoramiento continuo.

Como ejemplo, el indicador de Porcentaje de Gestión del Cierre de Acciones de Mejora, que tiene como finalidad evaluar la efectividad en la gestión de las acciones de mejora durante el período, incrementando el porcentaje de cierre mediante la optimización de procesos y el fortalecimiento de la cultura organizacional.

Las 16 fuentes de mejora han permitido identificar hallazgos y oportunidades de mejora para los procesos de la institución y desde el área de calidad se gestiona con el seguimiento y cierre oportuno de los planes de mejora en el aplicativo ALMERA. Para el 2024, se identificaron un total de 779 oportunidades de mejora, con 1,767 acciones implementadas, es importante destacar que más del 50% de estas acciones se lograron cerrar de manera oportuna hasta el 30 de noviembre, sin embargo, se continúa brindando asistencia técnica a los líderes de los procesos para superar las barreras y asegurar el cierre efectivo de las acciones restantes.

| Estado acciones de mejora | Diciembre 2024 |
|---------------------------|----------------|
| Abiertas | 850 |
| Cerradas | 917 |
| Total general | 1767 |

Tabla 10 Estado de las Acciones de Mejora

| Estado oportunidades de mejora | Diciembre 2024 |
|--------------------------------|----------------|
| Abiertas | 338 |
| Cerradas | 441 |
| Total general | 779 |

Tabla 11 Estado de las Oportunidades de Mejora

5.1.4. GESTIÓN DE COMITÉS

Actualmente, la institución cuenta con 28 comités, de los cuales 21 son normativos y 7 de gestión institucional. En mayo de 2024, se ajustó la metodología para la creación, funcionamiento y seguimiento de los comités, los cambios más relevantes incluyen contar con un plan de acción y una caracterización.

Se realizó revisión normativa de los comités, como resultado se cerraron los comités de donación de órganos y de violencia sexual, ya que normativamente no son obligatorios para el HUCSR

A partir de enero de 2024, la gestión de las actas de los comités (incluyendo la generación, aprobación y seguimiento de compromisos) se realizará a través del software ALMERA.

5.1.5. REFERENCIACIÓN COMPARATIVA

Como estrategia de mejoramiento continuo la organización realiza referencias comparativas, con el fin de asegurar la homologación, en primer lugar, se procedió a realizar ajuste e implementa la metodología para la referenciación comparativas, la cual establece que estas deben permitir comparar nuestros procesos clave con los de otras organizaciones que han demostrado un desempeño superior. Por ello, las referencias se deberán realizar con Instituciones Acreditadas en Salud. Se establecen tres tipos de referenciación: virtual, presencial y documental. Con base en los objetivos estratégicos de la institución y en los procesos que tengan mayor impacto en el usuario, las áreas/servicios deben generar un cronograma anual de referencias.

Referencias realizadas

| TIPO | INSTITUCIÓN O SERVICIO | TEMA REFERENCIAR | A |
|---------|------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----|
| Interna | UCI Adultos | Egreso paciente | del |
| Externa | Clínica los Nogales | Consentimiento Informado | |
| Externa | Mederi | Equipos Biomédicos Tamizaje Nutricional Admisiones Autorizaciones | |

| | | |
|----------|----------------------|-----------------------------|
| Externas | Hospital San Ignacio | Admisiones y Autorizaciones |
| Externa | Fundación Santa Fe | Altas tempranas |

Tabla 12 Referencias Realizadas

Adicional se solicitó referenciación a Fundación Santa Fe, Fundación Cardio Infantil, Hospital Universitario San Ignacio, Clínica del Country y Fundación Abood Shaio, pero no se obtuvo respuesta.

Referencias recibidas en el HUCSR

| INSTITUCIÓN | TEMA REFERENCIAR | A | EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----------------------------|
| Hospital San Vicente Fundación Medellín | Seguridad del Paciente (Caídas) | | 5,0 |
| UDCA | Servicios de hospitalización y procesos diferenciadores en los hospitales de III nivel de complejidad. | | 4,8 |
| Hospital Militar Central | Calidad (Alto Costo) | | 5,0 |
| Clínica Internacional de Perú | RIS PACS Synaspsis | | 5,0 |
| Abbott - Unión Vital SAS | Área de inmunoquímica y módulo preanalítico | | 5,0 |
| Laboratorio Clínico Martha Dussan y Cia. Ltda. | Inmunología | | 5,0 |
| Subred Sur | Seguridad del Paciente | | 5,0 |
| Clínica Reina Sofia | Urgencias | | 5,0 |

Tabla 13 Referencias recibidas en el HUCSR

5.1.6. POLÍTICAS INSTITUCIONALES

En mayo de 2024, se creó una metodología para la elaboración de políticas y se actualizó el formato correspondiente. La nueva metodología establece que las políticas deben ser claras, objetivas, fortalecer la cultura e imagen institucional, y ser conocidas por toda la organización. En cuanto al formato, este se ajustó para incluir los siguientes elementos: objetivo, cumplimiento (si es normativo o parte del direccionamiento estratégico), declaración de la política y monitoreo.

En junio de 2024, se inició el proceso de revisión y depuración de las políticas institucionales, y para esa fecha se encontraban en revisión un total de 39 políticas. A continuación, se detalla la gestión realizada hasta la fecha:

| POLÍTICAS ACTUALIZADAS | POLÍTICAS ELIMINADAS |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| Seguridad del Paciente | Contratación |
| Humanización | Política de comparación |
| Prestación de servicios | Política de adopción de GPC |
| Ambiental | Política de población diferencial y Extensión hospitalaria |
| Calidad | Política para promover condiciones de silencio y reducir la contaminación visual y auditiva |
| CEI-Confidencialidad | |
| CEI- Conflicto de intereses | |
| Manejo seguro del ambiente físico | |

Tabla 14 Gestión realizada con las Políticas Institucionales

5.1.7. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Se finaliza el 2024 con 63 guías de práctica clínica de las cuales se están midiendo 52, 8 de ellas se empezaron a medir en el 2024, las restantes se encuentran en etapa de socialización o creación de instrumentos para evaluar adherencia.

De la medición de adherencia se identifica que el 96% de las guías de práctica clínica finalizaron el año por encima de la meta institucional del 80%. A continuación, se relacionan los resultados de medición de guías de práctica clínica, cuyos resultados son divulgados mensualmente en comité de historia clínica.

5.1.8. SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD

Como avance institucional, se obtuvo el sistema de información ALMERA, diseñado para centralizar y optimizar la gestión de procesos clave, en el cual se desarrollaron los siguientes ocho módulos:

- General: Contiene mapa de procesos
- Indicadores: 947 Indicadores efectividad, eficiencia y eficacia agrupados en 75 TUCIP
- Planes de Mejora: Planes, Oportunidades y acciones de mejora derivadas de las 16 fuentes de mejoramiento
- Mecanismos de Integración: Actas de Comités, EMI, EAE, EPM, Acuerdos de Servicio
- Documentos: En proceso
- Seguridad del Paciente: Reporte, análisis, seguimiento, gestión y cierre de eventos adversos e incidentes.
- Riesgos: En proceso
- Gestión de Hojas de Vida: No iniciado

Estos módulos han tenido un desarrollo que ha permitido mejorar la eficiencia operativa y la capacidad de gestión de la institución. Gracias a ello, para el cierre del año, se encuentran en producción los módulos General, Indicadores, Planes de Mejora, Mecanismos de Integración, Gestión de Hojas de Vida y Seguridad del Paciente, los cuales

han facilitado la integración de procesos, el acceso a información clave y el cumplimiento de objetivos organizacionales y ha permitido el seguimiento al sistema único desarrollo de acreditación.

Además, se logró la aprobación por parte de la gerencia de la nueva parametrización de ALMERA dando alcance al nuevo mapa de procesos resultante del direccionamiento estratégico 2024-2028, fortaleciendo así la operatividad de los módulos existentes y alineándolos con los objetivos estratégicos de la institución.

En cuanto a la toma de decisiones institucionales, el Hospital Universitario Clínica San Rafael cuenta con un total de 75 TUCIP y 947 indicadores. Estos permiten monitorear y cuantificar los avances en el mejoramiento continuo de los diferentes procesos institucionales.

Los indicadores institucionales se agruparon de acuerdo con:

- Ciclo de Atención
- Modelo de Atención HEROES
- Estructura, Proceso, Resultado
- Atributos de Calidad: Eficiencia, Efectividad, Eficacia, Pertinencia, Continuidad, Oportunidad
- Estratégico, Táctico, Operativo.

Se realizaron 2 evaluaciones a la gestión de los indicadores, obteniendo el siguiente resultado:

| ÍTEM | RESULTADO |
|-------------------------------------------------|-----------|
| clasificación Eficacia, Eficiencia, Efectividad | 93.5% |
| Responsables de medición y análisis | 93.3% |
| Clasificados por Atributos de Calidad | 93.1% |
| Objetivo Claro | 92.7% |
| clasificación Estratégico, Táctico, Operativo | 92.2% |
| Unidad de medida y frecuencia | 91.9% |

| | |
|--------------------------------------------------------|-------|
| clasificación Estructura, Proceso, Resultado | 90.9% |
| VARIABLES DEFINIDAS | 87.9% |
| Clasificados por Modelo de atención | 87.9% |
| ¿Tienen tendencia (históricos)? | 80.1% |
| Meta y semaforización | 79.0% |
| Indicadores Cargados en Almera en tiempos establecidos | 56.5% |
| ¿Cuenta con análisis' | 35.1% |

Tabla 15 Evaluación a la Gestión de Indicadores

Gracias a la evaluación se ha mejorado la cultura y apropiación en la gestión de indicadores apoyándose en el procedimiento institucional de gestión de y análisis de indicadores. AC-SC-II-PR-01.

Se revisaron y se identificaron 216 indicadores faltantes solicitados por el ICONTEC, de los cuales se han gestionado 139 para implementar en el hospital cumpliendo los atributos establecidos desde el instructivo institucional.

5.1.9. PROGRAMA DE CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD

Como parte de los procesos de gestión del riesgo en salud, se ha establecido el Programa de Control de Infecciones, que contempla el Programa de Optimización de uso de antimicrobianos a nivel hospitalario, estrategias multimodales, vigilancia a IAAS (Infecciones Asociadas a la Atención en Salud) y nuestro programa de seguimiento a dispositivos.

El personal realiza acompañamiento diario por medio de rondas establecidas en los servicios, aplicación de estrategias educativas, socializaciones de la documentación actual del área y auditorías de los procesos.

Se presenta la autoevaluación de PROA Distrital para 2024 con una calificación de 53 lo que nos posiciona en nivel básico.

Actividades pendientes de cumplimiento en la autoevaluación:

- Alertas del sistema de información de historia clínica en ordenamiento de antimicrobiano
- (Inicio o fin de tratamiento): El levantamiento de información y solicitud se realizará en 2025.
- Desarrollo de algoritmos de tratamiento: Se cuenta con algoritmos de las GPC adoptadas, sin embargo, se espera contar con mesas de trabajo interdisciplinar para confirmar la pertinencia de estas y la socialización correspondiente.
- Implementación de sistemas de soporte de decisión clínica sistematizada para formulación: El levantamiento de información y solicitud se realizará en 2025.
- Desarrollo de estrategias de Auditoría prospectivas con retroalimentación / documentación: Posterior a la verificación de algoritmos se plantea iniciar listas de chequeo de cada una.
- Reautorización con seguimiento: Se cuenta con formato de reautorización sin embargo se requiere apoyo de profesional especialista en infectología para realizar el análisis y seguimiento correspondiente.
- Medición niveles de antimicrobianos: aminoglucósidos: Se establecerá mesas de trabajo con laboratorio, gestores médicos e infectología para determinar el requerimiento y la especificidad de la solicitud.

Semana Mundial de Uso racional de Antimicrobianos:

Del 18 al 24 de noviembre se llevó a cabo el despliegue interdisciplinar para concientizar al personal asistencial, pacientes, familiares y terceros acerca del uso racional de antimicrobianos por medio de diferentes actividades en las que destacaron:

Participación del equipo de Farmacia en la socialización de:

- Frecuencia de uso de Piperacilina/Tazobactam según indicación.
- Importancia de la dosis de carga en el tratamiento con Caspofungina.
- Uso profiláctico / empírico de la caspofungina en pacientes basado en la escala Cándida score.
- Puntos para tener en cuenta en el escalonamiento vancomicina - linezolid - daptomicina.
- Participación del equipo de Control de Infecciones y PROA en la educación a familiares y pacientes con el slogan "12 mandamientos de uso responsable de antimicrobianos".

Estrategia Multimodal de limpieza y desinfección:

Se establecieron auditorías semanales en los servicios hospitalarios con el objetivo de medir la limpieza mediante marcadores de bioluminiscencia (1 terminal y 2 rutinarias) y la desinfección a través de luminometrías. Para esta última, se ha definido una medición del 10% de la ocupación para el primer trimestre de 2025, aumentando al 15% después de la valoración de dicho periodo. De esta manera, se evaluarán los niveles de ATP, con un límite actual de 180 URL.

Estrategia multimodal de lavado de manos:

Se continuó con la fase de seguimiento, en la que se realizan mediciones de observaciones ocultas (promedio de 700 mensuales), con el

apoyo del personal asistencial. Este proceso está acompañado de un plan de acción y capacitación programados anualmente, que incluye la oferta de los proveedores de insumos.

A la fecha el indicador de adherencia global a higiene de manos se encuentra en 75.98% de una meta actual de 81%. Durante el 2024 se presentó ocasionalmente desabastecimiento de productos para la higiene de manos.

Se presentó la autoevaluación de IAAS Distrital en donde se obtuvo una puntuación de 330 para un nivel intermedio, encontrando hallazgos en los componentes de:

- Formación y aprendizaje: Falta de apropiación de lineamientos y socialización de capacitaciones.
- Clima institucional de seguridad: No se cuenta con equipo de trabajo exclusivo para generación de actividades, con retroalimentación efectiva al personal y falta de socialización de técnicas de higiene de manos a pacientes y familiares.

Estrategia multimodal de aislamientos hospitalarios:

Para el 2024 se logró la modificación de la herramienta de auditoría de aislamientos, con la cual se fortalece la búsqueda de hallazgos y retroalimentación del personal.

A la fecha el indicador de adherencia global de aislamientos hospitalarios se encuentra en 91.28 % para una meta de 90%.

Se establecieron acciones de acompañamiento al personal y rondas diarias identificando además la pertinencia de los aislamientos.

Medición de IAAS:

Para las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud se encontró que la causa más frecuente fue la infección del torrente sanguíneo asociada a catéter, con una prevalencia del 1.7 por 1.000 egresos, le sigue la infección del sitio operatorio; dentro

del programa se cuenta con las diferentes estrategias para la mitigación y contención de estos procesos infecciosos.

Desde el mes de agosto se intensificó la vigilancia de los catéteres para tener un mayor control del mantenimiento de éstos y evitar la infección asociada a este dispositivo.

Actualmente el indicador de IAAS global se encuentra en 1.2 de una meta de 1.9, se ha realizado fortalecimiento en la estandarización de procesos de identificación temprana de IAAS desde el programa de Control de Infecciones, se generó un cronograma de rondas a servicios críticos y revisión de cultivos positivos.

Se presentó la autoevaluación del Programa de Control de Infecciones Distrital para el 2024 obteniendo una puntuación de 687.5 lo que nos ubica en nivel avanzado.

5.1.10. VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

Continuando con las actividades de identificación de Eventos de Interés en Salud Pública como rondas diarias y retroalimentación efectiva al personal médico; la oportunidad de notificación actual se encuentra en niveles óptimos como se observa:

Se aumenta al 99% la oportunidad en la certificación de defunciones:

Aumenta a 99% el cumplimiento en la certificación de nacimientos:

Se presenta una disminución en la natalidad de 23% con respecto al 2023

5.1.11. GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

En el Hospital Universitario Clínica San Rafael (HUCSR), la seguridad del paciente ocupa un lugar central en la filosofía institucional. Conscientes de su importancia como elemento fundamental para la calidad de la atención y los resultados en salud, se ha desarrollado e implementado un programa

integral de seguridad del paciente con el objetivo de promover y fortalecer una cultura de seguridad que permita prevenir o mitigar la ocurrencia de incidentes y eventos adversos en los procesos de atención en salud.

La seguridad del paciente se ha convertido en un tema de relevancia mundial en el ámbito de la salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como "un enfoque centrado en el paciente y en el sistema, para prevenir y reducir el daño no intencionado que pueda producirse a los pacientes durante la asistencia sanitaria". Este concepto engloba la prevención de errores médicos, la identificación y mitigación de riesgos, la promoción de prácticas seguras y la creación de un entorno hospitalario favorable para la seguridad del paciente.

El programa Paciente Seguro del HUCSR, alineado con los objetivos estratégicos, se sustenta en seis pilares fundamentales:

1. Promover la cultura del reporte voluntario, anónimo y no punitivo.
2. Fomentar una cultura de seguridad justa, transparente y confiable.
3. Gestionar los riesgos institucionales a partir de la identificación, el análisis, la mitigación y el control de estos.
4. Disminuir la ocurrencia de incidentes y eventos adversos a partir de la implementación, medición y seguimiento de Paquetes Instruccionales y prácticas seguras.
5. Educar a los pacientes y sus familias en generar barreras de seguridad.
6. Fomentar en la Institución la seguridad del paciente como eje central de la atención.

Durante el 2024 se actualizó la Política de Seguridad del Paciente, en la cual se describe el siguiente compromiso: *“Brindar una experiencia segura y confiable centrada en el paciente y su familia, a través de una cultura de seguridad justa, promoviendo prácticas seguras y acompañando a la segunda víctima”*.

Teniendo en cuenta lo anterior, el programa Paciente Seguro cuenta con un Comité Institucional el cual a su vez tiene definido un Plan de Acción anual donde todas las actividades planificadas para el 2024 fueron ejecutadas exitosamente, con cumplimiento al 100% de lo planeado. Dicho plan de acción se basa en seis componentes fundamentales que trabajan en conjunto para garantizar la seguridad del paciente:

1. **Gestión del Riesgo:** Este componente se centra en la identificación, análisis, evaluación, tratamiento y monitoreo de los riesgos clínicos presentes en la atención médica, previniendo eventos adversos durante el proceso de atención al paciente. Este componente se encuentra alineado con el Sistema de Gestión Integral del Riesgo, donde la integración de las matrices de riesgos y los mapas de calor dentro del Plan de Acción del Comité de Seguridad del Paciente demuestran el compromiso de la institución con la seguridad del paciente. Esta sinergia permite un enfoque sistemático y riguroso para la identificación, evaluación y prevención de riesgos, contribuyendo así a crear un entorno de atención médica más seguro para todos los pacientes.
2. **Gestión de Eventos Adversos - Incidentes:** Este componente establece un sistema para la notificación, análisis e investigación de los eventos adversos e incidentes que puedan ocurrir durante la atención médica. La gestión de riesgos, incidentes y eventos adversos es el proceso que inicia desde conocer o identificar (reporte), analizar (protocolo de Londres), intervenir (planes de mejora), vigilar (seguimientos) hasta la medición del impacto de los planes de mejora en la seguridad institucional. A la fecha se han gestionado el 100% de los reportes ingresados al SIREA.
3. **Sistema de Monitoreo (Tablero de indicadores de Paciente Seguro - TUCIP):** esta línea de intervención permite la medición y seguimiento de los

indicadores de seguridad del paciente, brindando información valiosa para la toma de decisiones y la mejora continua. Actualmente el programa cuenta con 30 indicadores creados en Almera, los cuales ya se encuentran ligados a los atributos del Modelo de Atención HEROES.

4. **Educación:** Este pilar se centra en la formación y capacitación del personal, tanto interno como externo, en temas relacionados con la seguridad del paciente. Se han desarrollado e implementado programas de capacitación específicos para cada grupo objetivo. Si bien es cierto, históricamente el programa realiza educación tanto a clientes internos (colaboradores, estudiantes, terceros) como al cliente externo (pacientes, cuidadores, visitantes), solo hasta enero del 2024 se creó el indicador de cobertura de las capacitaciones.

5. **Mejoramiento:** Este componente busca la mejora continua del programa a través de la implementación de acciones correctivas y preventivas, basadas en el análisis de los eventos adversos y la información del sistema de monitoreo. Se han implementado medidas correctivas y preventivas para abordar las causas raíz de los eventos adversos e incidentes. Dentro de este componente, se resalta la articulación efectiva del programa de seguridad del paciente con las vigilancias (farmacovigilancia, tecnovigilancia, reactivo vigilancia, hemo vigilancia y el comité de infecciones) bajo la modalidad de Mesa de Trabajo, la cual cuenta con Plan de Acción 2024 y sesiones ordinarias de manera trimestral. Esta sinergia permite una visión integral de los riesgos asociados a la atención médica, facilitando la identificación temprana de eventos adversos, el análisis de sus causas raíz y la implementación de estrategias de prevención más efectivas.

Las vigilancias aportan información valiosa sobre la ocurrencia de eventos adversos e incidentes relacionados con la seguridad del

paciente. Esta información, al ser integrada al programa de seguridad del paciente, permite:

- Identificar tendencias y patrones en la ocurrencia de eventos adversos.
- Priorizar áreas de riesgo que requieren atención inmediata.
- Diseñar e implementar intervenciones específicas para prevenir eventos adversos.
- Evaluar la efectividad de las medidas de seguridad implementadas.
- Monitorear el impacto del programa de seguridad del paciente en la reducción de eventos adversos.

La colaboración entre el programa de seguridad del paciente y las vigilancias también facilita la comunicación y el intercambio de información entre diferentes áreas de la institución. Esto permite una respuesta más coordinada y efectiva ante eventos adversos graves, optimizando la gestión de riesgos y la toma de decisiones.

6. **Cultura en Seguridad del Paciente:** Este componente evalúa la percepción del personal y los pacientes sobre la cultura de seguridad en la institución, utilizando la encuesta de seguridad como herramienta principal. Se han realizado encuestas de seguridad para evaluar la percepción del personal y los pacientes sobre la cultura de seguridad, y se han implementado acciones para fortalecerla.

Resultados (de acuerdo con los indicadores de impacto definidos por acta de conformación del Comité a través de la Circular Informativa 174-2023):

Cultura de reporte: La cultura de reporte en el programa de seguridad del paciente ha experimentado un avance significativo en la institución. Esta mejora se refleja en un aumento en el número de eventos adversos e incidentes reportados, lo que a su vez ha permitido una identificación más oportuna de riesgos y la implementación de medidas correctivas para prevenir su recurrencia. Este

progreso es el resultado de un esfuerzo conjunto por parte de todo el personal, desde la alta dirección hasta los profesionales de la salud en la primera línea de atención. Se han implementado estrategias para fomentar una cultura de reporte abierta y no punitiva. Al comparar el comportamiento de la cultura de reporte entre el año 2023 con la vigencia actual, se evidencia un incremento del 13% en el reporte.

Incidencia de Eventos Adversos:

Si bien la cultura de reporte en el programa de seguridad del paciente ha mejorado significativamente en la institución, se ha observado un incremento en la incidencia de eventos adversos. Sin embargo, este aumento, se encuentra dentro del rango esperado y se debe principalmente a dos factores:

- Mayor número de eventos reportados: La mejora en la cultura de reporte ha llevado a un aumento en el número de eventos adversos confirmados. Esto significa que se están identificando más eventos que antes no se reportaban, lo que nos permite tomar medidas correctivas para prevenir su recurrencia. Es de anotar que aproximadamente el 70% de los eventos confirmados corresponden a casos leves y la evitabilidad es del 50%
- Inclusión de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) en el indicador: La inclusión de IAAS confirmadas en el indicador de eventos adversos ha ampliado el alcance del indicador y ha contribuido al aumento observado en la incidencia global.

Eventos centinela:

La materialización de eventos centinela en la institución se ha mantenido dentro de los límites esperados durante el 2024 (máximo 3 eventos graves al mes). Este logro refleja el compromiso continuo del equipo de seguridad del paciente con la identificación y prevención de eventos graves. Es importante destacar

que, si bien se ha logrado mantener el número de eventos centinela bajo control, se han presentado algunos eventos tanto prevenibles como no prevenibles. Los eventos prevenibles brindan oportunidades valiosas para aprender y mejorar los procesos.

Grado de Cultura de Seguridad del paciente:

En la última medición de la cultura de seguridad del paciente, la institución alcanzó un puntaje del 84%, superando la meta institucional establecida del 75%. Este logro refleja un incremento de 15 puntos porcentuales en comparación con el año 2023 y posiciona a la institución en el percentil 75 de las entidades de alta complejidad en Colombia, según los Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Sin embargo, la encuesta identificó áreas de mejora en categorías clave, como la comunicación, el trabajo en equipo y la promoción de una cultura justa no punitiva, las cuales continuarán siendo foco de intervención para fortalecer aún más la cultura de seguridad.

Impacto de los logros alcanzados:

Fortalecimiento del Reporte Voluntario:

Incremento en la confianza del personal y en la frecuencia del reporte temprano de eventos adversos gracias a campañas, capacitaciones y un sistema de reconocimiento.

Optimización de la Comunicación y el Trabajo en Equipo:

Implementación de canales claros, estrategias de resolución de conflictos y fortalecimiento de la colaboración interdisciplinaria en pro de la seguridad del paciente.

Gestión del Riesgo Mejorada

Identificación y análisis sistemáticos de riesgos, acompañados de planes de acción efectivos para su mitigación.

Ampliación de la Educación y Capacitación:

Desarrollo de programas personalizados, integración de la seguridad en la formación continua y acceso a herramientas de autoaprendizaje para el personal.

Consolidación del Monitoreo y Evaluación

Establecimiento de sistemas robustos de recolección de datos y evaluaciones anuales que evidencian mejoras en indicadores y cultura de seguridad.

Participación de Pacientes y Familias

Inclusión de pacientes y familias en el reporte de riesgos, educación sobre seguridad y fortalecimiento de la comunicación abierta en su atención.

Impulso al Liderazgo en Seguridad del Paciente

Capacitación, empoderamiento y reconocimiento de líderes asistenciales comprometidos con la cultura de seguridad.

Consolidación de la Cultura de Aprendizaje Continuo:

Fomento de un entorno reflexivo y lúdico para el aprendizaje continuo en prevención de eventos adversos.

5.2. ATENCIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA

En 2024 se aplicaron un total de 17.017 encuestas de satisfacción, alcanzando un promedio anual del 95%, lo que representa una disminución del 2% en comparación con el año anterior. Este indicador mantiene una tendencia estable. El porcentaje de satisfacción general fue del 95%, mientras que la recomendación total alcanzó el 96%, ambos con una disminución del 2% respecto al año anterior. En cuanto a la población pediátrica, la encuesta de satisfacción registró un 99% de satisfacción, manteniéndose igual

que el año pasado. Por su parte, la población en condición de discapacidad obtuvo un promedio anual del 98%, lo que refleja un aumento del 1% en relación con el año anterior.

El *Plan de Acogida* es el proceso mediante el cual el área de atención al usuario brinda información al paciente y a su familia, con el fin de hacer su estancia en el hospital más agradable y segura. Esta información incluye detalles sobre los servicios de la institución, recomendaciones de ingreso, derechos y deberes de los pacientes, medidas de seguridad, mecanismos de participación ciudadana en salud, horarios de visitas, copagos y cierres de cuentas, entre otros. En el servicio de urgencias, se realizaron 11.554 actividades, cubriendo al 46% de los pacientes hospitalizados que egresaron de urgencias (21.588 pacientes). En hospitalización, se llevaron a cabo 5.564 actividades, con una cobertura del 26% (21.523 pacientes egresados de hospitalización), y en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), se realizaron 2.852 actividades, con una cobertura del 56% (5.534 pacientes en UCI).

Durante este año, se desarrolló la campaña *DYD*, orientada a capacitar al personal en derechos y deberes en salud, alcanzando a 783 personas (colaboradores, estudiantes y personal tercerizado), con un promedio de evaluación del conocimiento del 91%. En las charlas dirigidas a familiares de pacientes en UCI, participaron 98 personas. Además, el área de psicología intervino con 1.318 usuarios en procesos de duelo relacionados con amputaciones, abortos, diagnósticos catastróficos, entre otros. El equipo psicosocial también brindó apoyo a 364 pacientes víctimas de violencia, desglosados en 298 casos de violencia sexual, 141 de violencia física y 25 de violencia psicológica.

5.2.1. PQRS

Durante el 2024 se gestionaron 19.376 comunicados un 4% más que en el 2023

(18.681), El promedio mensual de comunicados recibido fue de 1.614, el cual aumento en los meses de marzo (1.972) y abril (2223) por daño en las líneas telefónicas del call center y conmutador, como acción de mejora se realizó cambio de proveedor, el comportamiento por tipo de comunicado fue el siguiente:

| VARIABLES / AÑOS | 2023 | | 2024 | | Variación |
|----------------------------------|--------|-----|--------|-----|-----------|
| | Fre. | % | Fre. | % | |
| TIPO DE COMUNICADO | | | | | |
| QUEJA ESCRITA | 10.470 | 56% | 9.342 | 48% | -11% |
| SOLICITUD | 3.673 | 20% | 4.793 | 25% | 30% |
| QUEJA VERBAL | 1.917 | 10% | 1.685 | 9% | -12% |
| FELICITACIONES | 503 | 3% | 713 | 4% | 42% |
| TUTELA JURIDICA | 824 | 4% | 1.098 | 6% | 33% |
| TUTELA (DIRECCIONADA EPS) | 538 | 3% | 855 | 4% | 59% |
| DERECHO DE PETICION | 513 | 3% | 622 | 3% | 21% |
| SUGERENCIA | 163 | 1% | 196 | 1% | 20% |
| QUEJA INTERNA | 68 | 0% | 55 | 0% | -19% |
| RECLAMO | 12 | 0% | 17 | 0% | 42% |
| NÚMERO TOTAL DE COMUNICADOS | 18.681 | | 19.376 | | 4% |
| Porcentaje de quejas respondidas | 100% | | 100% | | |

Tabla 16 Distribución de PQRS por tipo de comunicado

Fuente: Software Almera – CRM

| CAUSA DE QUEJA ESCRITA | 2023 | | 2024 | | VARIACIÓN |
|----------------------------------------|--------|-----|--------|-----|-----------|
| | FRE C. | % | FRE C. | % | |
| Inoportunidad De Agenda. | 7626 | 73% | 6655 | 72% | -13% |
| Demora En Programación De Cx | 983 | 9% | 1338 | 14% | 36% |
| Conducta medica | 283 | 3% | 227 | 2% | -20% |
| Demora En Atención. | 332 | 3% | 222 | 2% | -33% |
| Actitud de servicio | 218 | 2% | 172 | 2% | -21% |
| Demora En Asignación De Cama O Camilla | 124 | 1% | 106 | 1% | -15% |
| Demora en la atención Telefónica | 180 | 2% | 94 | 1% | -48% |

| | | | | | |
|------------------------------|-------|------|------|------|------|
| Otro | 167 | 2% | 102 | 1% | -39% |
| Procedimientos de enfermería | 147 | 1% | 107 | 1% | -27% |
| Otras causales | 410 | 4% | 319 | 4% | -21% |
| Total | 10470 | 100% | 9342 | 100% | -11% |

Tabla 17 Distribución de PQRS por causa de queja escrita

Fuente: Software Almera – CRM

El menor dato de tasa de quejas mensual se presentó en el mes de enero con 24.56 quejas por cada 1.000 pacientes atendidos, y el mayor fue en julio con 34.27 quejas. Con el fin de impactar las causas de quejas más representativas, en el comité de quejas se lleva a cabo seguimiento para las acciones de mejora implementadas.

En relación con la EPS a las cual pertenece el usuario que presenta la queja, para el 2024 el mayor volumen se concentró en las siguientes EPS: EPS Compensar 3085 con el (33%), seguido de Sura 2002 (21%), Nueva EPS 1836 (19%), Famisanar 1609 con el (17%) y EPS Sanitas 654(7%), otras EPS 155 (3%).

En el 2024 fueron radicadas 713 felicitaciones, con un aumento del 42% en relación con el año anterior (503), los servicios más reconocidos fueron: enfermería 203 (28%), unidad neonatal 203 (28%), imágenes diagnósticas 62 (8%), urgencias adultas 39(5%) y unidad de cuidados intensivos adultos 27 (4%), siendo estos los datos más representativos.

5.3. UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

5.3.1 Referencia, contra referencia y PHD

Gestión operativa

| MES | PORCENTAJE ACEPTACION |
|------------|-----------------------|
| ENERO | 26.53% |
| FEBRERO | 11.78% |
| MARZO | 14.35% |
| ABRIL | 15.93% |
| MAYO | 16.81% |
| JUNIO | 14.55% |
| JULIO | 13.37% |
| AGOSTO | 5.43% |
| SEPTIEMBRE | 5.37% |
| OCTUBRE | 17.82% |
| NOVIEMBRE | 24.64% |
| DICIEMBRE | 28.36% |

Tabla 18 Porcentaje de aceptación

| MES | PORCENTAJE DE INGRESOS EFECTIVOS |
|------------|----------------------------------|
| ENERO | 38.28% |
| FEBRERO | 61.28% |
| MARZO | 85.65% |
| ABRIL | 84.07% |
| MAYO | 83.19% |
| JUNIO | 85.44% |
| JULIO | 86.63% |
| AGOSTO | 94.53% |
| SEPTIEMBRE | 94.63% |
| OCTUBRE | 92.63% |
| NOVIEMBRE | 90.51% |
| DICIEMBRE | 89.45% |

Tabla 19 Porcentaje de ingresos efectivos

Durante el año 2024 se observa un comportamiento que oscilo en aceptación por diferentes factores como el cierre de referencia como se evidencia en el mes de agosto y septiembre por razones de tipo técnico que afectaron y posteriormente con una recuperación creciente de la siguiente manera:

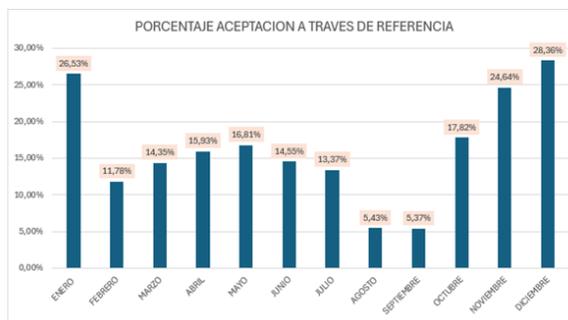


Gráfico 4 Porcentaje de aceptación a través de referencia

INGRESOS EFECTIVOS: El valor se toma sobre el número de aceptación teniendo así un registro de ingresos efectivos relacionados a continuación:

| MES | PORCENTAJE DE INGRESOS EFECTIVOS |
|------------|----------------------------------|
| ENERO | 36.15% |
| FEBRERO | 36.15% |
| MARZO | 37.62% |
| ABRIL | 42.84% |
| MAYO | 36.10% |
| JUNIO | 35.78% |
| JULIO | 29.72% |
| AGOSTO | 41.18% |
| SEPTIEMBRE | 44.83% |
| OCTUBRE | 41.36% |
| NOVIEMBRE | 38.52% |
| DICIEMBRE | 37.19% |

Tabla 20 Porcentaje de ingresos efectivos

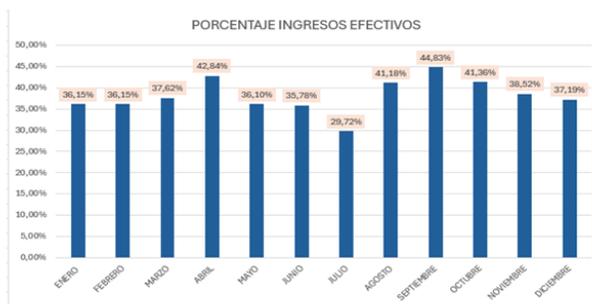


Gráfico 5 Porcentaje de ingresos efectivos

NEGACION DE PACIENTES: Se debe tener en cuenta que los pacientes presentados, tienen un subregistro del 40% dado que el

número de pacientes supera la capacidad en cuanto a suficiencia de personal, es así como el número de pacientes registrados es sobre los cuales se realiza la aceptación y de allí podemos obtener el porcentaje en negación de la siguiente manera:

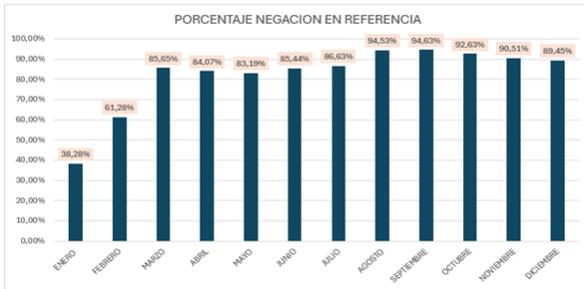


Gráfico 6 Porcentaje de negación de referencia

DISTRIBUCION DE PACIENTES POR ASEGURADORA: Esta registra un comportamiento que en el primer semestre predomina Compensar seguido de Nueva EPS y con una representación menor de Salud Total. Por su parte en el segundo semestre se observa un Aumento tanto en presentados, aceptados y efectivos predominando Compensar, seguido de Famisanar y la menor participación continúa siendo Salud Total, que se refleja de la siguiente manera:



Gráfico 7 Distribución por EPS - I semestre 2024

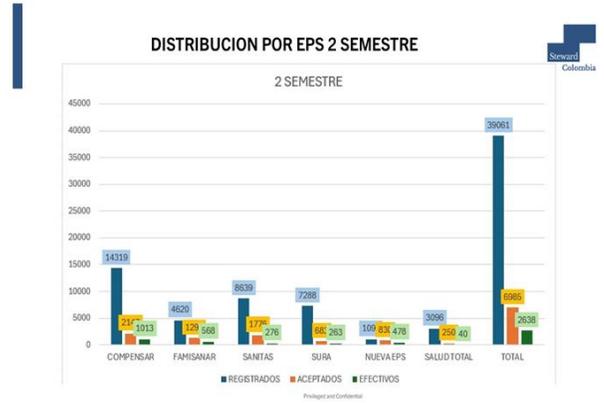


Gráfico 8 Distribución por EPS - II semestre 2024

GESTION FINANCIERA: Durante el año 2024 la gestión realizada mediante estrategias de aceptación a pacientes de alto costo en el segundo semestre refleja de manera directa un aumento en el ingreso operacional, con excepción de los meses donde se realizó cierre de aceptación relacionado con limitaciones técnicas, sin embargo, a pesar de ello se logró aceptar pacientes que cumplieran con criterios que nos permitieran manejarlos de manera segura, oportuna e integral, lo anterior permitió que el ingreso operacional no fuera de cero sino por el contrario se lograra un ingreso importante especialmente en Agosto y Septiembre, posterior a ello, logramos una recuperación rápida e importante. Es así como se representa el ingreso operacional del año como se relaciona a continuación:



Gráfico 9 Ingreso operacional por referencia 2024

De lo anterior se refleja un comportamiento en el primer semestre total de \$14.863.448.536 que la participación por Aseguradora es mayor en Compensar seguido de Nueva EPS y con una participación menor de Salud total que guarda relación directa con el número de ingreso efectivos así:

HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL

Informe Pacientes Admitidos - Referencia y ContraReferencia

Fecha Consulta: De 01/01/2024 Al 30/06/2024

Objetivo: Consulta todos los pacientes con solicitud de admision desde otras entidades hacia HUCSR.

| EPS AGRUPADA | INGRESOS EFECTIVOS | TOTAL FACTURADO | TOTAL CUENTA CORRIENTE |
|-----------------|--------------------|-------------------------|------------------------|
| Compensar EPS | 1016 | \$7.334.095.080 | |
| Famisanar EPS | 89 | \$859.287.729 | |
| Grupo Sanitas | 396 | \$1.532.644.788 | |
| Grupo Sura | 182 | \$774.078.844 | |
| Nueva EPS | 467 | \$4.226.394.956 | |
| Otros | 7 | \$60.878.765 | |
| Salud Total EPS | 13 | \$76.868.374 | |
| Total | 2170 | \$14.863.448.536 | |

Tabla 21 Ingresos efectivos - total facturado

En el segundo semestre el comportamiento de ingreso operacional representa un Aumento importante respecto al primer semestre, se puede observar un total de **\$19.061.043.042** con una diferencia positiva de **\$4.197.594.506**. Teniendo en cuenta las aseguradoras la mayor participación la mantuvo Compensar, seguido de Nueva EPS, Famisanar y con la menor participación Salud Total

HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL

Informe Pacientes Admitidos - Referencia y ContraReferencia

Fecha Consulta: De 01/07/2024 Al 31/12/2024

Objetivo: Consulta todos los pacientes con solicitud de admision desde otras entidades hacia HUCSR.

| EPS AGRUPADA | INGRESOS EFECTIVOS | TOTAL FACTURADO | TOTAL CUENTA |
|-----------------|--------------------|-------------------------|------------------------|
| Compensar EPS | 1013 | \$7.152.844.303 | \$271.209.854 |
| Famisanar EPS | 568 | \$2.882.008.754 | \$50.716.691 |
| Grupo Sanitas | 276 | \$1.184.778.545 | \$406.612.844 |
| Grupo Sura | 263 | \$1.720.525.498 | \$98.398.875 |
| Nueva EPS | 478 | \$4.823.240.505 | \$161.580.590 |
| Otros | 3 | \$5.749.476 | |
| Salud Total EPS | 40 | \$284.419.218 | \$18.957.889 |
| Total | 2641 | \$18.053.566.299 | \$1.007.476.743 |

Tabla 23 Ingresos efectivos - total facturado – Total cuenta

El ingreso operacional de Referencia tiene una meta de 10% sobre el ingreso operacional total de HUCSR, es así como aún en los meses que se tuvo cierre de Referencia como es agosto se logró un 7% de participación, en general especialmente el segundo semestre muestra un cumplimiento con valores por encima de la meta entre 13% y 19% como el mes de octubre, relación que se evidencia en la siguiente tabla:

| MES 2024 | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO |
|-----------------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| INGRESO POR REFERENCIA | \$2.281.993.670 | \$1.661.748.811 | \$2.423.941.946 | \$2.409.379.401 | \$2.998.204.974 |
| INGRESO TOTAL HUCSR | \$25.446.510.298 | \$24.944.000.000 | \$24.589.000.000 | \$23.873.266.967 | \$24.960.179.566 |
| PORCENTAJE REFERENCIA SOBRE TOTAL HUCSR | 9% | 7% | 10% | 10% | 12% |
| INGRESOS EFECTIVOS | 316 | 351 | 342 | 402 | 408 |
| TICKET MEDIO | \$7.221.499 | \$4.734.327 | \$7.087.550 | \$5.993.481 | \$7.348.542 |

| MES 2024 | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICEMBRE |
|-----------------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| INGRESO POR REFERENCIA | \$3.088.179.934 | \$3.576.454.920 | \$1.520.093.464 | \$2.658.251.744 | \$4.186.361.580 | \$3.109.365.175 | \$3.061.184.618 |
| INGRESO TOTAL HUCSR | \$24.077.373.153 | \$24.612.171.044 | \$20.347.955.105 | \$20.472.983.415 | \$22.428.489.279 | \$22.483.000.000 | \$22.156.660.877 |
| PORCENTAJE REFERENCIA SOBRE TOTAL HUCSR | 13% | 15% | 7% | 13% | 19% | 14% | 14% |
| INGRESOS EFECTIVOS | 351 | 366 | 202 | 220 | 501 | 651 | 612 |
| TICKET MEDIO | \$8.798.233 | \$9.771.735 | \$7.525.017 | \$12.082.962 | \$7.083.522 | \$4.776.291 | \$5.034.614 |

Tabla 22 Metas 2024



Gestión en contrarreferencia

Mediante estrategias operativas se logró un cambio importante en el porcentaje de efectividad en el área como se representa a continuación:

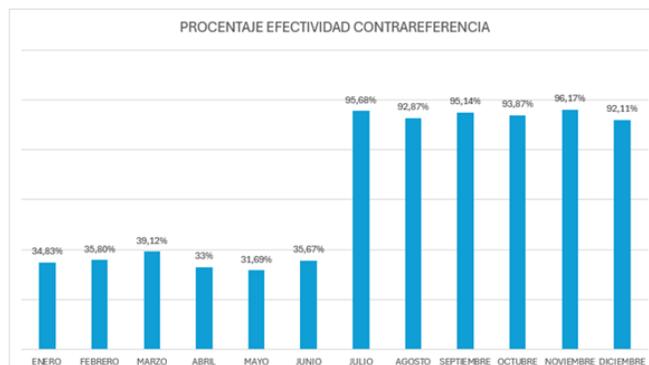


Gráfico 10 Porcentaje efectividad contrarreferencia

Lo anterior nos indica que los pacientes son remitidos guiados en cumplimiento de

oportunidad y pertinencia es así como nos permite prevenir glosas por largas estancias y diferentes factores pasando en tiempos medios dados en días de gestión como se representa en la siguiente gráfica:



Gráfico 11 Tiempo medio en contrarreferencia

Gestión Documental

En el último semestre 2024 se realizaron actualización de todos los documentos del área de Referencia y Contrarreferencia, así como también se elaboraron protocolos, instructivos y el Manual del área, todos de consulta en la herramienta institucional Intranet, dando así cumplimiento a la normatividad, a su vez logrando el cierre de planes de mejoramiento institucionales y requeridos por las Aseguradoras desde año 2023.

Gestión en atención domiciliaria

En 2024 partiendo desde la actualización del Manual de Capacidad Instalada, mejorando en búsqueda activa y estrategias que llevan a articular la operatividad con el ingreso operacional logramos mantenernos sobre la meta, de igual manera, se realizó gestión documental en aras de cumplimiento normativo y del crecimiento del programa, es así como logramos darle inicio al manejo de pacientes en tratamiento con Anticoagulación y a quienes requieren manejo de Edema en paciente prequirúrgico, estos nuevos servicios prestados en el programa se unen al objetivo y es que el giro cama de HUCSR sea mayor garantizando la atención de los pacientes en domicilio de manera integral y permitiendo oportunidad a los pacientes que se encuentran hospitalizados.

En cuanto a la gestión financiera se ha prevenido glosa mediante estrategias de auditoría en el programa antes de radicación de cuentas, el comportamiento mensual se evidencia así:



Gráfico 12 Seguimiento SAID 2024

Logros:

Las estrategias desde las áreas permitieron alinearse con los objetivos institucionales logrando:

- Mejorar el ingreso operacional de manera importante mediante estrategias operativas y administrativas que desde las áreas aportan al ingreso general de HUCSR
- Filtrar los pacientes presentados de manera efectiva en aras de buscar ingresos efectivos de alto costo
- Iniciar la medición de indicadores que apunten al cumplimiento desde garantía de la calidad en todas las áreas
- Garantizar el mejoramiento en indicadores de oportunidad, pertinencia y efectividad
- Articular los procesos asistenciales con los administrativos en aras de ser garantes del cumplimiento en pertinencia y oportunidad en cuanto a los requerimientos en referencia, contrarreferencia y PHD
- Realizar implementación y actualización en cuanto a gestión documental logrando tener los procesos con cumplimiento ante habilitación y apuntando hacia acreditación
- Implementar encuestas de satisfacción que permitan medir atención al usuario en PHD
- Ampliar PHD hacia nuevos servicios que llevan a coadyuvar en giro cama

mejorando el ingreso operacional indirecto, y en esa misma dirección prevención de eventos asociados al cuidado de la salud.

- Aumentar porcentaje de efectividad en los procesos del área que aportan de manera indirecta en la prevención de glosa por estancias y pertinencia, así como mejorar el giro cama.

5.3.2 NEONATOLOGÍA

El comportamiento del número de nacimientos en 2024 ha sido más bajo en comparación con los dos años anteriores, lo que ha resultado en una disminución en el número de ingresos y egresos a la unidad. Este descenso es coherente con lo esperado y guarda relación adecuada con la capacidad del servicio. A pesar de ello, seguimos siendo un servicio de alta complejidad, como lo demuestra la ocupación de la unidad de cuidados intensivos (89%), y la unidad de cuidados intermedios, cuya ocupación ha disminuido ligeramente respecto a las proyecciones, con un 78%. Los pacientes que requirieron internación en cuidados básicos estuvieron por debajo de lo proyectado, debido al aumento en las capacitaciones de prevención y promoción de la salud. Por lo tanto, se continuará fortaleciendo estas estrategias, así como el uso de los servicios de hospitalización a domicilio, lo cual se refleja en una ocupación total inferior a la esperada.

Adicionalmente, se establecieron alianzas estratégicas con EPS y el programa canguro, lo que permitió un egreso más rápido y oportuno, resultando en un giro cama adecuado y una estancia más corta, a pesar de que se trató de recién nacidos de alta complejidad y prematuros. Las estancias para estos pacientes suelen ser de alrededor de 20 días, aunque hemos tenido casos de recién nacidos menores de 29 semanas con estancias de hasta 3 meses. A pesar de estos casos excepcionales, el promedio de estancia se ha mantenido estable durante los últimos tres años.

El programa de alojamiento conjunto, que opera casi como un servicio de hospitalización independiente, ha mostrado un alto volumen de egresos, con un promedio de 10 egresos diarios y 183 egresos mensuales. En este sentido, se han implementado acciones de contingencia y alianzas con EPS para mejorar la capacidad de atención de estos pacientes, especialmente los del programa canguro.

Los indicadores de reingresos son muy positivos para el volumen de pacientes atendidos, y el porcentaje de mortalidad se mantiene en niveles adecuados. Cabe destacar que el mayor número de fallecimientos corresponde a bebés extremadamente prematuros o con malformaciones incompatibles con la vida.

En cuanto a la satisfacción de los usuarios, los resultados son excepcionales, con un porcentaje de satisfacción que oscila entre el 99.9% y el 100%. Este alto nivel de satisfacción se refleja no solo en los resultados clínicos de nuestros pacientes, sino también en las numerosas felicitaciones recibidas. A lo largo de los últimos tres años, hemos mantenido una tasa de satisfacción superior al 99%, convirtiéndonos en el servicio con menos quejas y más reconocimientos.

Finalmente, las acciones de prevención y promoción de la salud han aumentado en comparación con años anteriores. Un aspecto destacado de este año ha sido el impacto positivo de las charlas teórico-prácticas de educación programadas, las cuales han contribuido significativamente a la disminución de hospitalizaciones, especialmente por patologías respiratorias o enfermedades que requieren aislamiento, así como a una reducción en los reingresos.

| | 2022 | 2023 | 2024 |
|----------------------|-----------|-----------|-----------|
| Nacimientos | 5.164 año | 4.164 año | 4.303 año |
| Ocupación total | 72.9% | 75.9% | 69% |
| Ocupación intensivos | 94.9% | 97.3% | 89% |

| | | | |
|-----------------------|----------------|---------------|------------------------|
| Ocupación intermedios | 77.8% | 81.8% | 78% |
| Ocupación básicos | 78.10% | 69.2% | 58% |
| Mortalidad total | 0.07% | 0.07% | 0.04% |
| Mortalidad real | 0.33% | 0.50% | 0.44% |
| Satisfacción usuarios | 99.8%a nual | 100%a nual | 100%anu al |
| Reingresos | 0.08% mes | 0.08% mes | 0.02%me s |
| Giro cama | 3.6 | 3.7 | 3.3 |
| Estancia | 6.0% | 6.2% | 6.3% |
| Consultas | 264 mes | 221 mes | 171 mes |
| Infección | | | 0.95%anu al |
| Glosa | | | \$ 989.000a nual |

Tabla 23 Información general Neonatología

| Capacitación | Número padres y madres capacitadas 2023 | Número padres y madres capacitadas 2024 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| Apego | 4158 | 2923 |
| Lactancia | 4149 | 2923 |
| Puericultura, lactancia, cuidados del bebe en alojamiento | 3160 | 3474 |
| Puericultura, lactancia cuidados del bebe en consulta | 3157 | 2033 |
| Puericultura, lactancia cuidados del bebe guía padres paciente hospitalizado, lavado de manos en unidad de recién nacidos | 2.493 | 6546 |

Tabla 24Capacitaciones Neonatología

Durante el año se han realizado visitas de seguimiento de la Secretaría de Salud por el grupo de atención materno perinatal donde se observa adecuada atención del recién nacido de acuerdo con los lineamientos establecidos por normatividad ruta materno perinatal y

resolución 3280, de igual forma se realizaron los seguimientos trimestrales con las EPS Sura, Sanitas y compensar donde evidencian lo mismo y no nos dejan ningún plan de mejora.

Recibimos felicitaciones de SDS y de las EPS por el cumplimiento de la ruta materno perinatal y resolución 3280.

Se realiza seguimiento estricto a los pacientes que requieren retamización TSH y tamizaje metabólico, inasistencia a consulta de seguimiento y se realizan las notificaciones a las EPS de forma adecuada y oportuna, al igual que los recién nacidos con factores de alto riesgo, para ser continuados los seguimientos de forma estrecha por las EPS. Se envía a calidad seguimiento indicadores RIAS solicitados por las EPS y secretaria de salud de forma adecuada y oportuna.

Se actualiza la ruta de atención integral del recién nacidos cumpliendo con los estándares de acreditación y acoplada a el PAMEC, resolución 3280, ruta materno perinatal socializada a todo el personal y verificación de cumplimiento.

Cumplimiento del 100 % de notificaciones de interés en salud pública, como las notificaciones requeridas por la secretaria de salud y de las EPS, de acuerdo con los lineamientos de la secretaria de salud. Se realizaron los seguimientos a los indicadores de la unidad de forma oportuna y adecuada con un cumplimiento del 98 % totalizada.

Se participó activamente en actividades académicas institucionales y extrainstitucionales logrando premios a trabajos y poster presentados.

Se realizaron actividades de capacitación a todo el personal de la unidad (colaboradores 56) en reanimación neonatal NALS con un cumplimiento del 100 %.

Se realizaron planes de mejora con respecto a renovación tecnológica biomédica e

infraestructura cumpliendo con los estándares de habilitación y de calidad. Con un cumplimiento del 80%.

Se realizaron seguimientos para optimización de los procesos propios de la unidad con un cumplimiento del 90%.

Para el año 2024 el reto principal es ser un servicio auto sostenible rentablemente y tener todo el proceso de atención del recién nacido al 100 % según la normatividad vigente por lo que desde este año se inició la realización del tamizaje metabólico y otros procesos esenciales, para continuar siendo un servicio de atención de alto riesgo materno perinatal con muy buenos resultados clínicos y económicos para la institución.

Actualización de las guías de manejo, socialización de estas y verificación estricta de su adherencia como de todos los procesos de la unidad, de igual forma continuar con el cumplimiento de las notificaciones dadas por los lineamientos gubernamentales. Realización del tamizaje metabólico básico a todos los recién nacidos que nacen en la institución.

Se continuará la renovación tecnológica y mejoras de la infraestructura en el área de básicos.

Se continuará con la política de buen uso de los recursos, cuidado de los equipos, contención de glosas y mejorar rentabilidad. MEJORAR CONVENIOS SOBRETUDO DE PACIENTES ALTO RIESGO Y CARDIOPATIAS Continuar el posicionamiento del servicio como un centro de investigación junto con el servicio de ginecología.

5.4. ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS

5.4.1. SALAS DE CIRUGÍA

Durante el 2024 el servicio quirúrgico se enfocó en:

- Procesos adaptados al nuevo funcionamiento institucional de provisión de insumos: reducir cancelaciones atribuibles a la institución y complicaciones que se pueden desencadenar por las demoras.
- Oportunidad quirúrgica mejorada con el ingreso del grupo de anestesiólogos a la institución.
- Mejor selección de pacientes programados con priorización de pacientes según su patología y clasificación de su complejidad al momento de realizar la programación.

Indicadores Operacionales:

Durante el año 2024:

- Pacientes operados: 18533.
- Procedimientos realizados en estos pacientes: 30332.
- 63% de los pacientes ingresaron por urgencias.
- Pacientes de complejidad alta: 25,2%, complejidad media: 39,1%.
- Especialidades con mayor número de pacientes operados: cirugía general: 3283, ginecología (sin incluir partos): 3131, ortopedia: 2831.
- EPSs con mayor número de pacientes operados: Compensar: 5493, Nueva EPS: 3950, Famisanar: 4258.
- Especialidades con mayor número de pacientes egresados: cirugía general: 2107, ortopedia: 1061, urología: 939.
- Especialidades con menor número de días estancia promedio mes: otorrinolaringología: 3,3, urología: 5,1, cirugía de mano: 6,7, cirugía general: 7.
- % Cancelación promedio mes por causa de paciente: 1,3%.
- % Cancelación promedio mes por causa de la institución: 1,9%.

Desde el servicio se continuará con el establecimiento de estrategias, que permitan

brindar la mejor oportunidad quirúrgica, optimizando los recursos disponibles.

5.4.2 GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

El servicio de Ginecología y Obstetricia mantuvo sus características de atención con pacientes obstétricas de alto riesgo y ginecología general y oncología, con indicadores que permiten evidenciar estándares altos de calidad y seguridad para las pacientes.

A continuación, se describen los principales indicadores:

| OBSTETRICIA | Total |
|------------------------------------|-------|
| Nacimientos | 3.296 |
| Vaginales | 1.706 |
| Cesárea | 1.591 |
| % Cesárea | 48% |
| Planificación familiar post evento | 100% |
| Método Larga Duración | 77% |

Tabla 25 Indicadores Obstetricia

| Otros eventos Obstétricos | Total |
|---------------------------|-------|
| Embarazo Ectópico | 107 |
| IVE | 25 |
| Abortos hospitalizados | 86 |

Tabla 26 Indicadores otros eventos Obstétricos

| Eventos adversos | Total |
|------------------------------------|-------|
| Mortalidad perinatal | 20 |
| Eventos adversos ginecológicos | 5 |
| Otros eventos adversos obstétricos | 23 |
| Histerectomías Obstétricas | 9 |
| Asfixia Perinatal | 12 |
| IAAS | 12 |

Tabla 27 Indicadores eventos adversos

| Otros indicadores | Total |
|---------------------|--------|
| Consulta urgencias | 24.157 |
| Consulta programada | 10.326 |
| Ultrasonido | 11.915 |

| | |
|---------------------------------|-----------|
| Egresos | 6.101 |
| Procedimientos quirúrgicos | 4.181 |
| Conciliación medicamentosa | 84% |
| Auditoria historia clínica | |
| Eventos Adversos | 1,1 |
| Encuesta Humanización | 96% |
| Tiempo respuesta interconsultas | 7,5 |
| Endometritis pos cesárea | 7 (0.39%) |
| Endometritis pos parto | 2 (0.1%) |

Tabla 28 Otros Indicadores

| Indicador | 2023 | 2024 |
|----------------------------|--------|--------|
| Total Nacimientos | 4.169 | 3.296 |
| Parto Vaginal | 2439 | 1706 |
| Parto Cesárea | 1730 | 1591 |
| Relación parto/cesárea | 59/41 | 52/48 |
| Porcentaje Cesárea | 41% | 48% |
| Procedimientos Quirúrgicos | 3749 | 4.181 |
| Consulta Urgencias GO | 26442 | 24.157 |
| Consulta Externa GO | 11.285 | 10.326 |
| Ultrasonografía GO 4 piso | 11.842 | 11.915 |
| Egresos GO | 7.122 | 6.101 |
| Promedio estancia GO | 2,2 | 2.8 |

Tabla 29 Indicadores generales Ginecología y Obstetricia

La capacidad Instalada de la Unidad de Ginecología y Obstetricia es de 300 a 350 nacimientos mes.

El porcentaje de ocupación en las 10 camas de Alto Riesgo (4 piso norte) en 2024 fue del 98 %

El porcentaje de ocupación en OTP (Observación Trabajo de Parto, en el 4 piso sur fue del 109 %). En esta área contamos con 12 camillas y 2 camas.

El número total de nacimientos en 2024 fue de 3296 con promedio mes de 275. Se evidencia una disminución del 20% en el número de

nacimientos con respecto al 2023. Esto se puede explicar por dos situaciones: En Bogotá la tasa de natalidad viene disminuyendo progresivamente desde el 2017.

Para el segundo trimestre de 2023 la disminución en la tasa de natalidad a nivel Bogotá fue del 15.4%.

En el 2023 hubo a nivel nacional 510.748 nacimientos, en el 2022 hubo a nivel nacional 570.335 nacimientos. Con respecto al 2023 hubo una disminución del 10%

Para el primer semestre de 2024 se ha reportado disminución del 15.1% en Bogotá con respecto al 2023.

La disminución en el número de nacimientos para Colombia es similar. El índice de natalidad viene disminuyendo progresivamente en el País.

En cuanto a la consulta de urgencias se atendieron 24.157 con un promedio de 2.013 consultas de urgencias mes. Se atendieron 2.285 consultas menos que el año anterior.

Es muy importante mencionar que existe un protocolo claro e innovador de priorización en urgencias con base en el Sistema de Alerta Temprana (MEOWS) y en el motivo de consulta que determina los tiempos aproximados de atención. A la paciente en urgencias se le asigna un color: rojo, naranja, amarillo, verde, azul que determina el tiempo aproximado de atención. Una vez la enfermera jefe asigna el color y tiempo de aproximado de espera para el inicio de atención, la paciente recibe un mensaje de texto al celular donde se refuerza y confirma dicha información.

El promedio de estancia para obstetricia fue de 2.8, que cumple con la meta. Hubo un cambio en la resolución 3280 en donde los partos vaginales sin complicaciones deben permanecer hospitalizados 24 horas y las cesáreas 48 horas

Indicadores de calidad

Planificación Familiar (PF) pos evento 2024. Métodos de Larga Duración (MLD).

| Planificación Familiar MLD | # Total | Promedio ms |
|---------------------------------------|---------|-------------|
| Total Eventos Obstétricos | 3334 | 278 |
| Esterilización Quirúrgica | 1209 | 101 |
| Implante Subdérmico | 1123 | 94 |
| DIU tipo T de Cobre | 329 | 27 |
| Total Métodos de Larga Duración (MLD) | 2661 | |
| % planificación pos evento con MLD | 80% | |

Tabla 30 Planificación Familiar

La Resolución 3280 de 2018 exige la planificación familiar pos-evento (antes del egreso de la paciente), y enfatiza en métodos de larga duración (MLD). La planificación familiar es un derecho en salud sexual y reproductiva.

Evento obstétrico por definición incluye: nacimientos (partos y cesáreas), embarazo ectópico, abortos, IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo), Enfermedad Trofoblástica Gestacional

En la Institución el 2024 se aplicaron 2661 métodos de planificación familiar de larga duración dentro de un universo de 3334 eventos obstétricos. Lo que significa que se suministró método de larga duración al 80 % de las pacientes pos-evento obstétrico. El 20% restante planificó con otros métodos (Acetato de medroxiprogesterona trimestral 462, Levonorgestrel en tabletas 157, Preservativo 54).

El porcentaje de pacientes con planificación pos-evento para el 2024 fue del 97%. Este indicador es muy satisfactorio para la Institución y para el país.

Humanización

En 2024 se realizaron en total 999 encuestas de Satisfacción. El resultado fue del 96% de satisfacción. Indicador Verde: muy satisfactorio.

La encuesta se realiza en el formulario de Microsoft # 19, con 10 preguntas sobre humanización y calidad de la atención que se analizan mensualmente.

La encuesta se aplica a pacientes que tuvieron su parto en el HUCSR

El número de encuestas en 2024 fue de 999 sobre 3296 nacimientos. La muestra fue sobre el 30% del total de nacimientos.

Indicadores Dirección Provisión de Servicios de Salud (RIAS) (2024). Calidad.

Estos indicadores son de reporte obligatorio con periodicidad trimestral a cada EPS y se realizan en unas fichas específicas (FTI, Ficha Técnica Indicador) enviado por los entes de control (Ministerio y Secretarías)

- FTI (3): % de mujeres con asesoría en anticoncepción posparto o posaborto: resultado 100%. Interpretación Satisfactorio ($\geq 90\%$)
- FTI (4): % mujeres con provisión de anticoncepción pos-evento: resultado 93%. Interpretación: satisfactorio ($\geq 90\%$)
- FTI (13): % adherencia al Instrumento en el evento atención del parto: resultado 93%. Interpretación: satisfactorio ($\geq 90\%$). Se aplicó el instrumento a 717 historias clínicas. Muestra del 21%.
- FTI (14): % Cesáreas del total de partos según criterios de Robson: resultado 48%. Interpretación: aceptable (41-50%).
- FTI (20): % Percepción de humanización: resultado 96%. Interpretación:

satisfactoria ($\geq 90\%$). El análisis se realiza por encuesta, a las pacientes que presentaron el parto en la Institución sobre una muestra del 30 %. Se diligenció con formulario de Microsoft Forms. En 2024 se realizaron 999 encuestas.

Eventos de importancia en Salud Pública.

- Mortalidad materna: En 2024 no se presentaron casos de Mortalidad Materna dentro de la Institución

Se presentaron dos casos de pacientes que fallecieron por fuera de la Institución pero que tuvieron atenciones por urgencias en El Hospital Universitario Clínica San Rafael.

- Mortalidad Perinatal (mortinatos de 22 semanas o más de gestación y/o peso mayor a 500 gramos se presentaron 20 casos de óbito fetal en el 2024, clasificados de la siguiente manera:

Indicador 6.1 por 1000 nacidos vivos Satisfactorio (similar a indicadores internacionales)

Distribución: total 20 óbitos: (17 pretérmino y 3 embarazos a término)

- 3 previales (22- 23 6/7 sem)
- 6 pretérmino extremo (24 a 27 6/7 sem)
- 4 pretérmino severo (28 a 31 6/7 sem)
- 1 pretérmino moderado (32-33 6/7 sem)
- 3 pretérmino tardío (34- 36 6/7 sem)

- ✓ En 2023 se presentaron 22 casos de óbito fetal entre 4.169 nacimientos (5.3)
- ✓ En 2022 Se presentaron 25 casos de óbito fetal entre 4.837 nacimientos (5.2).

De los 20 casos, 13 corresponden a fetos pre viables o pretérmino extremo-severo (65 %). Todos los casos de mortalidad perinatal fueron analizados, y el análisis enviado a la oficina de Salud Pública en cumplimiento de la normatividad vigente.

Asfixia Perinatal

- En 2024 se presentaron 12 casos de asfixia perinatal sobre 3.296 nacidos vivos con un porcentaje de 0.36%. Indicador Satisfactorio. Todos los casos de asfixia fueron debidamente analizados y reportados como evento adverso.
- En 2023 se presentaron 25 casos de asfixia perinatal sobre 4.169 nacidos vivos con porcentaje de 0.56 %. Este indicador es satisfactorio.
- En 2022 se presentaron 30 casos de asfixia perinatal sobre 4.837 nacidos vivos, con un porcentaje de 0.62 %.

La incidencia de la asfixia perinatal a nivel mundial es de 5-7 casos por cada mil nacidos vivos. La incidencia en la Institución en el 2024 fue de 3.6 casos por 1000 nacidos vivos.

Histerectomía Obstétrica

- En 2024 se realizaron nueve (9) Histerectomías obstétricas sobre un total de 3296 nacimientos con un porcentaje de 0.27 % Satisfactorio. Consideramos que se debe a una excelente adherencia a la Guía de Hemorragia posparto, incluyendo detección precoz, clasificación del riesgo anteparto, uso temprano del balón de Bakri.
- en 2023 se realizaron tres (3) Histerectomías Obstétricas sobre un total de 4.169 nacimientos con porcentaje de 0.07%, lo cual es muy satisfactorio.
- en 2022 se realizaron ocho (8) Histerectomías Obstétricas sobre un total de 4837 nacimientos. (0.16 %).

Trauma Obstétrico (Recién Nacido): 15 (quince).

Se reportaron trece eventos de trauma obstétrico del recién nacido:

- ✓ 10 (diez) fracturas de Clavícula. Ninguna requirió ningún tipo de tratamiento. La

incidencia en la Institución es muy baja, y se reportaron en SIREA, todos los casos

- ✓ 3 (tres) Trauma craneoencefálico en recién nacidos:
 - 102276231 fractura de cráneo temporoparietal + pequeña Hemorragia Subaracnoidea (HSA), que no requirió intervención quirúrgica
 - 1010237788 fractura parietal izquierda + HSA. Caída del Recién nacido durante la atención del parto
 - 1104414745 fractura lineal occipital lineal + cefalohematoma. No requirió intervención quirúrgica.
- ✓ 2 laceraciones en cara (no requirieron intervención por cirugía plástica), 1 equimosis en cara.

Desgarros Perineales Grado 3 y 4

- Se reportaron 4 casos

Lesión Vesical en Obstetricia

- Se reportaron dos casos

Eventos Transfusionales

No se presentaron el 2024

Adherencia a Guías.

- Se reporta adherencia a Guías con periodicidad trimestral de los siguientes ítems: atención del parto, trastornos hipertensivos del embarazo, hemorragia posparto, sepsis, sífilis gestacional, VIH, duelo perinatal y la encuesta de percepción de la humanización y calidad en la atención

La evaluación muy fue satisfactoria durante el 2024 en todos los temas en un rango entre el 90 y el 100%, lo que implica que debemos mantenernos en la misma línea

5.5. UNIDAD DE CUIDADO CRITICO

La Unidad de Cuidados Intensivos Adultos (UCIA) del Hospital Universitario Clínica San Rafael desempeña un papel fundamental en

la atención de pacientes críticos. Este informe presenta un análisis detallado de los indicadores de gestión durante el año 2024, con énfasis en los tiempos de respuesta, control de infecciones, eventos adversos, ocupación, mortalidad, giro cama, estancia hospitalaria y egresos.

Tiempo de Respuesta a Interconsultas

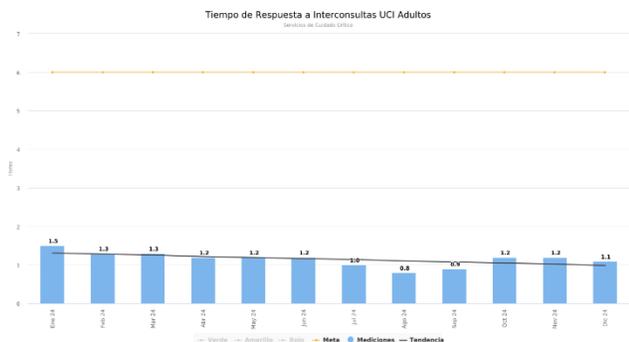


Gráfico 13 Tiempo de respuesta a interconsultas UCI

A lo largo del año, el tiempo promedio de respuesta a interconsultas en la UCIA mostró una disminución constante, iniciando en 1.5 horas en enero y cerrando en 1.1 horas en diciembre. Este avance evidencia la mejora en la eficiencia operativa y la capacidad del equipo para coordinar y priorizar recursos, asegurando una respuesta oportuna que superó consistentemente la meta establecida de 6 horas. Este desempeño destacado fue posible gracias al esfuerzo conjunto del equipo médico, cuya dedicación y profesionalismo permitieron optimizar los tiempos de atención.

Propuesta 2025: Reducir la meta de tiempo de respuesta a interconsultas a 4 horas, manteniendo el enfoque en la eficiencia operativa.

Tasa de Infección del Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter (ITS-AC)

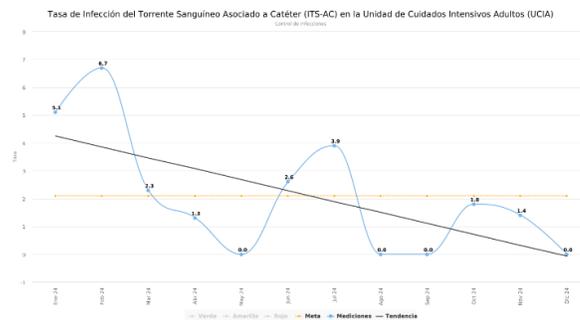


Gráfico 14 Tasa de Infección del Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter (ITS-AC)

La tasa de infección inicial en enero fue de 5.1, con una reducción significativa a 0.0 en varios meses del año (abril, julio, agosto y diciembre). Este logro subraya el impacto positivo de la implementación rigurosa de protocolos de control de infecciones y las capacitaciones al personal de la UCIA, alcanzando o superando la meta de 2.0 en 9 de los 12 meses evaluados.

Propuesta 2025: Mantener la meta actual de 2.0, dada su efectividad.

Proporción de Eventos Adversos

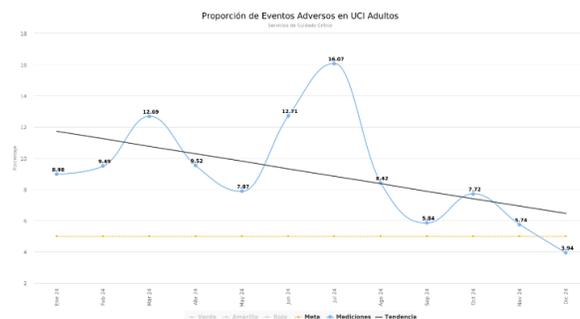


Gráfico 15 Proporción de Eventos Adversos en UCI

La proporción de eventos adversos disminuyó de manera notable, pasando del 8.98% en enero al 3.94% en diciembre, a pesar de algunos picos críticos registrados en marzo (12.69%) y julio (16.07%). Este indicador refleja una mejora continua en la seguridad del paciente, atribuida en gran medida a las capacitaciones al personal de la UCIA, aunque con áreas específicas que requieren atención adicional para mantener la consistencia en los resultados.

Propuesta 2025: Mantener la meta actual para seguir promoviendo la mejora continua en seguridad.

Ocupación General

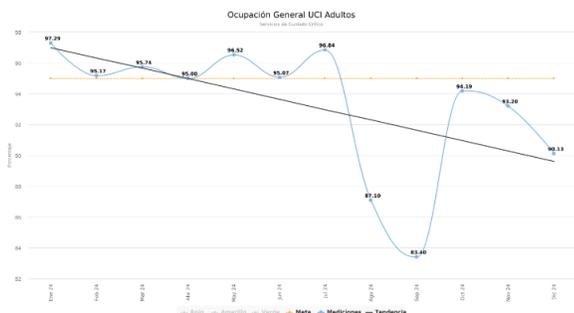


Gráfico 16 Ocupación General UCI

La ocupación general de la UCIA comenzó en 97.29% en enero y terminó en 90.13% en diciembre, con un periodo crítico en septiembre donde se registró un 83.40%. Sin embargo, no se logró alcanzar el objetivo debido a la reducción de ingresos a la UCIA a través de referencias, urgencias y la disfunción de equipos esenciales para la operación hospitalaria, como el angiografo. Este indicador destaca la necesidad de ajustar la capacidad instalada y asegurar la operatividad de los equipos clave para equilibrar la disponibilidad y la demanda.

Propuesta 2025: Ajustar la meta de ocupación general al 90% para reflejar la realidad operativa y fomentar la sostenibilidad del servicio.

Mortalidad

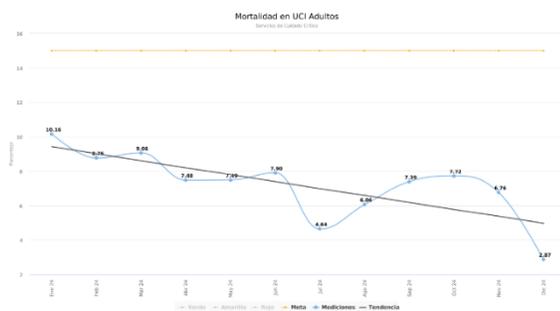


Gráfico 17 Mortalidad UCI

La tasa de mortalidad mostró una tendencia descendente durante el año, iniciando en 10.16% en enero y finalizando en 2.87% en diciembre. Estos resultados reflejan la efectividad de las mejoras implementadas en los protocolos clínicos y en la calidad de la atención proporcionada a los pacientes críticos. Este extraordinario logro es un reflejo del compromiso inquebrantable del equipo médico y de su habilidad para proporcionar un cuidado integral y seguro.

Propuesta 2025: Ajustar la meta de mortalidad al 12%, buscando mantener una tasa ambiciosa pero alcanzable.

Giro Cama

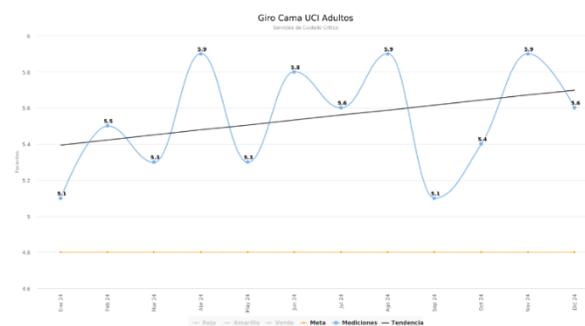


Gráfico 18 Giro Cama UCI

El giro cama aumentó progresivamente, pasando de 5.1 pacientes/mes en enero a 5.6 en diciembre, superando consistentemente la meta establecida de 4.8. Este incremento evidencia una gestión dinámica de los recursos y la capacidad operativa del equipo, cuyo compromiso constante permitió alcanzar este nivel de desempeño.

Propuesta 2025: Incrementar la meta de giro cama a 5.0 para consolidar la rotación eficiente de camas.

Estancia Promedio

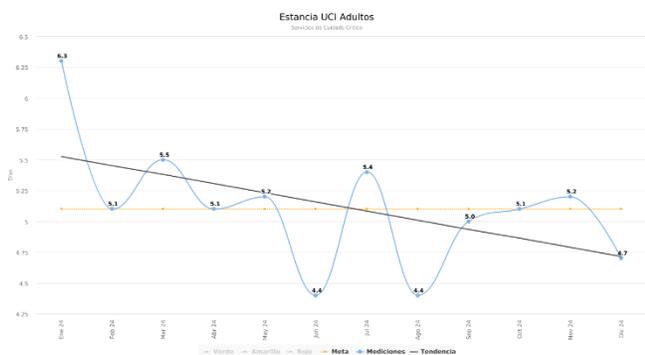


Gráfico 19 Estancia UCI

La estancia promedio en la UCIA disminuyó de 6.3 días en enero a 4.7 en diciembre, con una tendencia descendente sostenida que refleja la optimización de los procesos de alta y la gestión eficiente de los recursos clínicos, logrando mantenerse dentro de los parámetros establecidos en la mayoría de los meses. Este éxito es testimonio de la dedicación del personal médico para implementar estrategias de mejora continua en la atención.

Propuesta 2025: Mantener la meta actual de estancia promedio para seguir promoviendo el uso eficiente de recursos.

Egresos

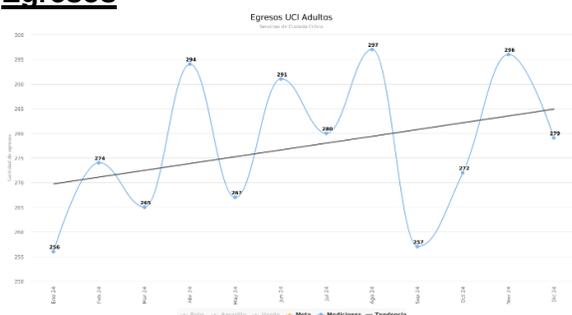


Gráfico 20 Egresos UCI

Durante el año 2024, la UCIA logró consistentemente superar la meta mensual de 255 egresos, alcanzando un total de 279 en diciembre. Este resultado excepcional demuestra la capacidad del equipo médico para gestionar eficientemente los procesos de alta, contribuyendo de manera significativa a la sostenibilidad del servicio y reafirmando la

calidad del talento humano con el que contamos.

Propuesta 2025: Incrementar la meta mensual de egresos a 260 para continuar optimizando los procesos de alta.

Conclusiones Generales

- Los indicadores clave muestran una mejora significativa en la calidad y eficiencia del servicio, evidenciando un avance sostenido en la atención brindada en la UCIA.
- El equipo médico demostró un alto nivel de compromiso y profesionalismo, lo que fue determinante para alcanzar resultados sobresalientes en indicadores como tiempo de respuesta, mortalidad y egresos.
- El gestor a cargo desempeñó un papel crucial al implementar estrategias efectivas, fomentar la capacitación continua del personal y promover la mejora constante en los procesos.
- La reducción de infecciones y eventos adversos refleja el éxito de los protocolos de seguridad y las políticas de capacitación, consolidando un entorno de atención más seguro.
- Áreas críticas como la ocupación y el funcionamiento de equipos requieren atención prioritaria, destacando la importancia de mantener una infraestructura hospitalaria operativa y eficiente.

Recomendaciones

- Continuar fortaleciendo los programas de control de infecciones.
- Implementar medidas para optimizar la ocupación sin comprometer la calidad del servicio.
- Mantener la capacitación continua del personal para sostener los logros alcanzados.
- Promover capacitaciones en el uso de tecnologías no invasivas que permitan alcanzar diagnósticos más precisos, asegurando la mejora continua basada en calidad.

- Capacitar al personal médico de la UCIA en competencias de gestión, fomentando su rol como pequeños gestores para dar continuidad a los objetivos estratégicos institucionales.

5.6. ESPECIALIDADES CLÍNICAS MÉDICAS

5.6.1. URGENCIAS

Ocupación Urgencias Adultos

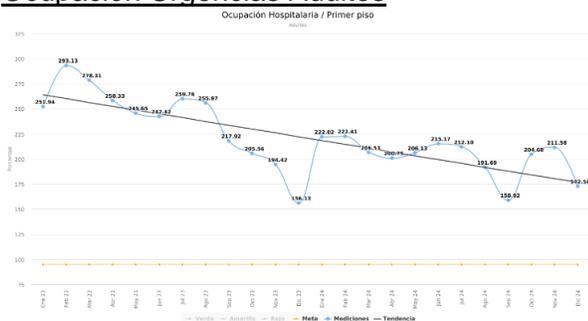


Gráfico 21 Ocupación Urgencias Adultos

El sobrecupo se mantiene elevado la mayor parte del año, con disminuciones esperadas en los periodos de vacaciones de mitad de año (junio-julio) y fin de año (diciembre – enero), Se gestiona diariamente en múltiples momentos, revisando y midiendo el proceso de atención desde la Preadmisión o Registro en kiosko de Urgencias, Triage, Admisiones, Atención Médica y definición de conductas, sumado a tiempos de respuesta en laboratorio e imágenes, respuesta a interconsultas y asignación de cama de hospitalización por parte de admisiones

Mejoras Implementadas

Se continuó el entrenamiento en Triage (Modelo de 5 niveles ESI) de médicos y enfermeras, iniciado desde octubre de 2022, formato virtual. La medición de adherencia a la Guía de Triage ha estado por encima del 95%.

La implementación de los Box en septiembre 2023 ha mejorado de manera sustancial los

tiempos de Triage 2, así como la precisión diagnóstica en patologías de alto impacto como IAM CEST y ACV.

Planes en desarrollo 2024:

Se consolidó el uso del Tablero de seguimiento de pacientes, lo que permitió monitorizar al 100% de los pacientes en cualquier etapa de atención del proceso de urgencias, Triage, consulta, se implementan alertas críticas de imágenes, de alergias, resultados de imágenes y laboratorios, etc. También alineado a la seguridad del paciente el médico tratante y enfermero a cargo.

PENDIENTES: Seguir creciendo la conciencia del montaje precoz de las Remisiones por sobrecupo en los servicios tratantes.

Mejorar los tiempos de respuesta a interconsultas, que están elevados teniendo en cuenta la ausencia de varios servicios o especialidades en las noches y fines de semana. Buscar mecanismos para manejar la falta de estudios de ultrasonido en las noches, así como lecturas por parte de imágenes diagnósticas.

Ocupación urgencias adultos referidos.

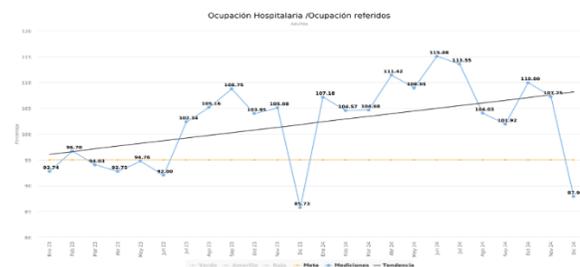


Gráfico 22 Ocupación urgencias adultos referidos

Se ha visto un aumento progresivo del sobrecupo en área de referidos, a pesar de la coordinación con referencia se están recibiendo más pacientes que los que el área y el recurso humano puede manejar, como se evidencia en la gráfica.

Planes en desarrollo 2024

Optimizar la comunicación con la oficina de Referencia, intervención en el formato del sistema de HC de referidos para mejorar los flujos de trabajo, gestionado en conjunto con admisiones y sistemas, evitando desaparición de pacientes de la HC, errores de asignación de cama, demoras en admisión y hospitalización. Además, se organizó que todas las órdenes de hospitalización por servicios “hospitalarios” sea hecho por el servicio tratante y no por urgencias, lo que ha mejorado el seguimiento e identificación del equipo tratante.

Pendientes

Desarrollar el proceso de hospitalización “sin paso por urgencias” de los pacientes no urgentes enviados de consulta externa, o para manejo quirúrgico, pues urgencias sigue siendo el bypass para evitar trámites ambulatorios de pacientes que requieren manejos y hospitalización, lo que sobrecarga a urgencias y empeora el sobrecupo.

Falta la conciencia de seguimiento de sus propios pacientes, por parte de muchas especialidades y que se comprenda que urgencias no es hospitalario de todas las especialidades, pues no se hacen oportunamente las órdenes de hospitalización, solicitan exámenes o imágenes, cierran interconsulta y no hay continuidad en el manejo de los pacientes. Lo que además genera demoras en los tiempos de hospitalización, glosas y falta de continuidad en el manejo con los riesgos asociados a no tener servicio tratante.

Egresos Urgencias

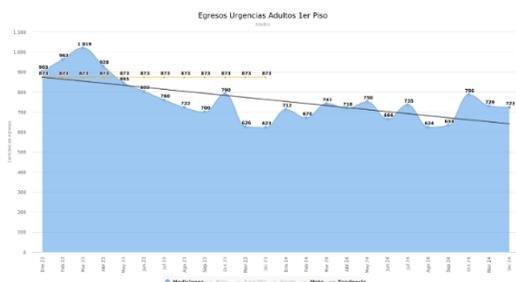


Gráfico 23 Egresos Urgencias

Sigue viéndose un número alto de egresos desde urgencias, pero con una tendencia a disminución gracias al seguimiento y continua mejora en los planes de hospitalización y traslado a piso temprano, así como la conversación continua con Admisiones para priorizar cama a los pacientes de largas estancias. Sin embargo, los volúmenes siguen siendo muy altos incluso al compararlos con los egresos hospitalarios.

Al mejorar el modelo de Triage, se están seleccionado de mejor manera los pacientes, por lo cual los pacientes ingresados son menos a pesar de que el volumen de pacientes que atienden por Triage sigue en aumento. Considerar si es viable y de interés para la institución la atención de los pacientes de Triage IV y V en un área de consulta externa de la Clínica, estableciendo un mecanismo que en la literatura se llama fast track con asignación de la cita inmediatamente ha recibido la clasificación del Triage, esto podría analizarse y si es viable al no perder estos pacientes para la institución y mejorar la satisfacción del paciente

Planes en desarrollo 2024

Se viene capacitando a todos el personal médico en Guías de Manejo, Protocolos de actuación en salud pública, bajo el ambiente virtual en la plataforma PACO, Se implementarán webinars semanales miércoles 20:00hrs con evaluación posterior y alojamiento del tema expuesto en la plataforma virtual de Urgencias, lo que nos asegura, socialización, evaluación, y evidencia. Se usa este requisito en la evolución de desempeño de los médicos de urgencias. Hemos visto muy buenos resultados en adherencia y unificación en los manejos basado en las guías institucionales.

Pendientes

Continuamos con el proceso de entrenamiento, y feedback al personal médico. Se han incorporado a las capacitaciones temas de acreditación y las

reuniones de los EPM (Equipos primarios de mejoramiento)

Se realizó visita de asesoría en la Sede de San Rafael de Popayán y solicitaron ser incluidos en la plataforma virtual de PACO lo cual ya se gestionó y está funcionando, pendiente mayor difusión y seguimiento a la capacitación de médicos de urgencias de HSR Popayán.

Estancia primer piso en días.

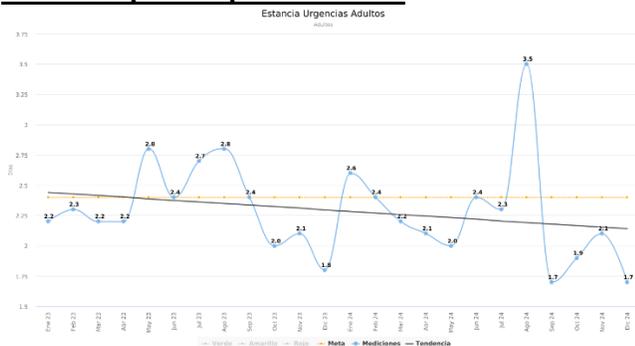


Gráfico 24 Estancia primer piso en días

Se logró una disminución de evidente en la comparación años 2023 - 2024

Planes en desarrollo 2024

Mejoramiento de la herramienta de censo existente en Urgencias, para lograr disminuir tiempos de no valor (Metodología LEAN HEALTHCARE) en interconsultas, reevaluaciones, traslados a imágenes y pruebas diagnósticas, así como cambios en la ruta de toma de laboratorios, alarmas, tiempos, seguimiento a tiempos de interconsulta, evitamos duplicidad de solicitud de Interconsultas, etc.,

Con la implementación de una división y optimización del proceso de toma de paraclínicos, envió al laboratorio, canalización y administración de medicamentos al paciente en urgencias, para lo cual se estableció el cubículo de toma de muestras en urgencias y la marcación de estas desde urgencias con apoyo del sistema, además hemos disminuido el erro en la identificación de las muestras al

implementar un sistema de marcación sistematizado y asociado al sistema de HC.

Pendientes

Se está trabajando en disminuir el cierre de interconsultas por parte de las subespecialidades, lo cual sigue generando muchos reprocesos en la atención médica, pérdida de la figura continua del médico tratante e insatisfacción de los pacientes, además que las especialidades viene haciendo un proceso inusual de cierre de la interconsulta para que se les re interconsulta al tener reporte lo que genera abandono de la cadena de cuidado médico y servicio tratante como aumento de las glosas en el servicio por interconsultas repetidas y baja eficiencia en el proceso.

Además, mejorar el proceso de Altas tempranas, ya que actualmente la demora n los egresos afecta muchísimo y tal vez como primera causa del sobrecupo en urgencias mayor a 200-250% diariamente.

La mayoría de los egresos de las especialidades clínicas principalmente solo salen a altas horas de la tarde, o que no deja realizar una adecuada gestión de camas en el día, cuando tenemos todo el equipo asistencial y administrativo disponible.

Estancia referidos en días

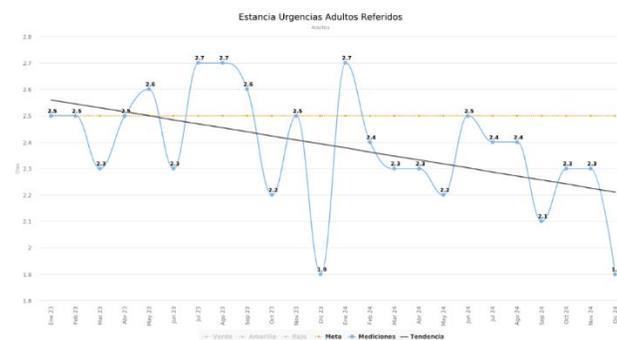


Gráfico 25 Estancia referidos en días

Planes en desarrollo 2024

Se continúa trabajando en la disminución de la estancia de los pacientes remitidos en el área de Referidos de urgencias, lo cual depende en gran medida de la velocidad de respuesta de interconsultas, así como en la asignación de cama hospitalaria de los pacientes según disponibilidad de camas y gestión de admisiones. Pero en líneas generales en la gráfica se evidencia una tendencia a la disminución de la estancia y ya estamos dentro de metas institucionales entre 2023 y 2024.

Número de consultas adultos.

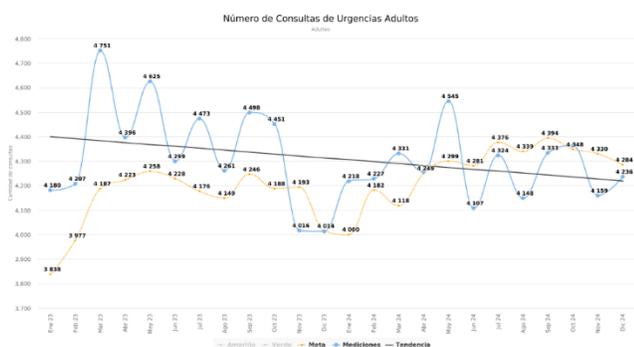


Gráfico 26 Número de consultas adultos

Planes en desarrollo 2024

Se evidencia un incremento muy grande en el número de consultas adultos realizadas, con picos a través de los diferentes meses del año. Este Número de consultas se ha logrado disminuir en parte con la capacitación en el Triage, lo que hace que se controle un poco al ingresar solo pacientes de Triage 1, 2 y 3 sin embargo los volúmenes de Triage en incremento histórico evidencian que la tendencia es al incremento. Diariamente este volumen de consultas supera nuestra capacidad física y de recurso humano de atención, y genera el sobrecupo de más de 200% conocido institucionalmente, sin embargo, afrontando a la situación hemos

logrado cumplir con los tiempos de atención de Triage 1 y Triage 2 pero no podemos lograrlo todos los meses en el Triage 3.

Pendientes

Se debe continuar apuntando a que el Servicio de Urgencias no sea el “lugar para urgenciar a los pacientes” debemos implementar mecanismos institucionales para el ingreso de paciente estable desde la consulta externa, o los remitidos otras áreas ambulatorias para procedimiento Quirúrgico, por un canal diferente a la puerta de urgencias. Sin duda un Servicio de urgencias con el sobrecupo que tiene no es el escenario para sobrecargar lo de procesos que no corresponden a paciente urgente, más aún cuando la literatura evidencia que a mayor sobrecupo, mayor insatisfacción de los pacientes, mayores eventos adversos, mayores caídas de pacientes, mayores demoras en inicio de analgesia en dolor severo, o tratamientos en patologías crítica como infarto, inicio de antibiótico en sepsis, etc.

Pacientes atendidos triage.

Triage 1:

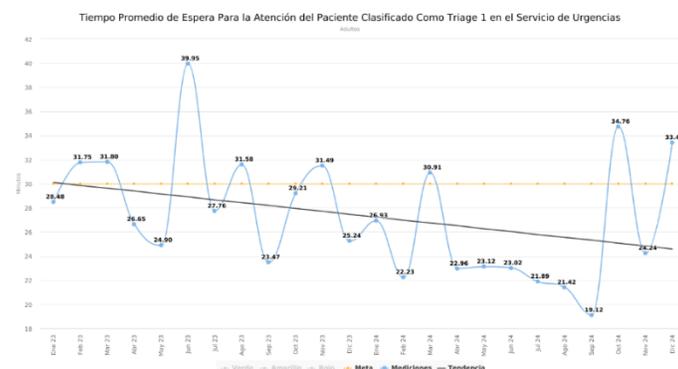


Gráfico 27 Tiempo de espera Triage 1

Planes en desarrollo 2024

Mantenemos la oferta de servicio de Especialista en Emergencias 24/7 para los pacientes de Triage 1, con 11 camillas de Reanimación y excelentes resultados en morbilidad y mortalidad. Contamos con 2

especialistas adicionales al de Reanimación en el horario diurno.

Pendientes

Se espera que podamos tener en el nuevo Sistema de HC, una forma de tener como unas “canastas” donde podamos rápidamente pedir imágenes, o inicia tratamientos y laboratorios “Urgentes” a los pacientes de reanima,(Código azul, Código ACV, Código Trauma) que no impliquen llenar en ese momento todas la HC, pues actualmente el diligenciamiento de la HC es posterior a la atención por lo cual la métrica muestra tiempo que no corresponden, pues prima la atención e intervención en el paciente agudo, reanimación, intubación, accesos venosos centrales, inicio de inotropia o vasoactivos, y luego si pasar a poder diligenciar la HC.

logró un cambio evidente en la curva desde septiembre de 2023 con el cumplimiento de los tiempos de atención del Triage 2 por debajo de 30 minutos, como lo ordena la resolución de Triage 5596 de diciembre de 2015, lo que históricamente nunca se había logrado en el servicio. Además, se logró la toma temprana a todos y por primera vez dentro de los primeros 10 minutos, del EKG en los pacientes de dolor torácico y la toma más oportuna y activación del código ACV, mejoría rápida del dolor en triage 2, patologías cruciales y marcadoras de calidad de atención en urgencias.

Triage 3

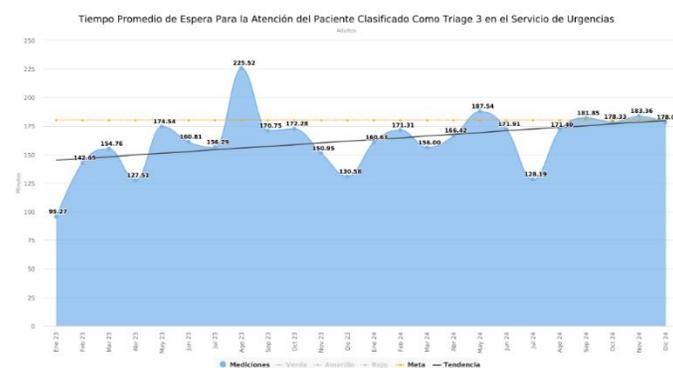


Gráfico 29 Tiempo de espera Triage 3

Triage 2

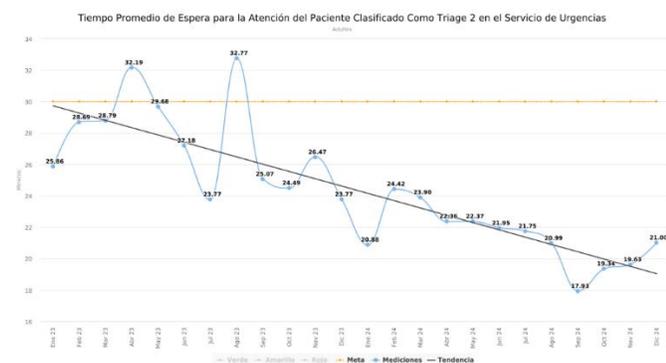


Gráfico 28 Tiempo de espera Triage 2

Planes en desarrollo 2024

Con la estrategia de construcción e implementación de los 7 BOX de atención, se

Planes en desarrollo 2024:

Con la demanda de atención y de consulta cada vez más alta como lo evidencia la tabla de arriba, incluso evidente aunque solo hace mención a los años 2023 y 2024, y debido a la capacidad instalada y a la alta ocupación y sobrecupo del servicio de urgencias, en promedio mayor a 230%, no se puede lograr la meta institucional de la atención en 180 minutos, a pesar que la Resolución 5596 de Triage no exige tiempo de atención debido precisamente a la variabilidad de las características de los servicios y la complejidad de los pacientes, que acuden a las instituciones.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Falta de visualización de las demoras en admisión | Creación de lista de trabajo de pacientes pendientes de admisión y consulta ya en uso desde 2023 | Ya en funcionamiento |
| Falta de criterio de ingreso/canalización y observación de pacientes por Médicos. | Capacitación en Guías de manejo, Seguimiento a "Mantener el paciente vertical la mayor parte del tiempo" | Disminución de la congestión y optimización de camas o espacios de observación. |
| Eficiencia en consulta médica por mejorar. | Medición de productividad individual por procesos; Triage, consulta, Evolución en Médicos. | Indicador de medición establecido y funcionando en Power BA |
| Errores e ineficiencia en toma de paraclínicos | Se cambia el proceso de toma de laboratorios, se independiza de la canalización venosa y otros procedimientos. Marcación con Sticker de muestras | Mejorar los tiempos de toma, transporte y reporte de laboratorios. Mejorar trazabilidad e identificación de la muestra desde urgencias, pendiente desarrollar proyecto de QR como trazabilidad en urgencias. |
| Demoras en realización de imágenes | Diseñar con sistemas, alarmas y alertas de tiempos de proceso. Ya se tiene alarmas en el Tablero unificado para las Alertas de hallazgos críticos. | Disminución de brechas de tiempos en proceso de imágenes sobre todo en US en las noches, y lecturas. |
| Errores de ubicación y localización de pacientes, CENSO INEXISTENTE | Desarrollo de una aplicación en tiempo real para ubicación y movimientos de pacientes, más información clínica y alertas | Gran limitación por HeOn, pero se logró de crear una aplicación con Sistemas de Geolocalización y alertas que se llama Tablero de Seguimiento de pacientes, la cual ha tenido tanto éxito que se extendió a los demás pisos del hospital |
| Falta de apropiación de pacientes por subespecialidades | Acuerdo de servicio y apoyo de DM para que las subespecialidades se encarguen de sus pacientes. Optimizar figura de médico tratante. | Se espera que cada subespecialidad se apropie de sus pacientes, que se establezca la continuidad del cuidado médico y la seguridad del paciente con el apoyo de DM, vamos mejorando, pero aún hay problemas con algunas especialidades, se seguirá usando la herramienta de Acuerdos de servicio |

| | | | |
|--------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OUTPUT | Falta de camas de UCI | Optimizar proceso de asignación camas de UCI, basado en la disponibilidad de camas de hospitalización para que UCI pueda liberar | Mejorar giro cama Reanimación/UCI que requiere optimizar el proceso de Altas (egresos)Tempranas de hospitalización con las especialidades de mayores volúmenes de pacientes |
| | Falta de Camas Hospitalización | Mejorar flujo de camas en Pisos Disminución estancias en pisos Recomendar un Equipo de Alta temprana | Mejorar Giro cama en pisos. Disminuir tiempos de alta de pacientes. Disminuir tiempos de alistamiento de camas Disminuir sobrecupo en Urgencias |
| | Respuesta del Código Azul en Piso | Empoderamiento del manejo del Código azul de pisos en los Grupos de Respuesta Rápida (RRT), acompañamiento del pte crítico en piso o pos-reanimación por parte de UCI | Disminuir el número de Códigos azules hospitalarios Disminuir el número de pacientes críticos o en estado pos-reanimación que se trasladan a urgencias |

Tabla 31 Análisis Estructural y operativo del Modelo de Urgencias bajo el modelo sistémico de Entrada- Canal y Salida (Modelo de Asplin)

Educación: plan de capacitación 2023 - 2024.

- Ya se posicionó como modelo institucional el Modelo de capacitación virtual de Urgencias en la plataforma virtual Institucional de PACO
- Se inició el entrenamiento en temas de salud pública y calidad febrero 1 de 2023, cada miércoles durante 2 horas, virtual y se alojan videos en PACO de Urgencias con evaluación de los temas tratados y certificación bajo modelo institucional.
- Inicio de entrenamiento virtual e-learning también en PACO en guías de Manejo en Urgencias con evaluación y soportes de capacitación, con muy buena adherencia y resultados de adherencia a guías y manejo de los pacientes.
- Aumento del número de residentes de Medicina de Emergencias rotantes, actualmente 1 y 3 año Rosario.

Referenciación externa del Modelo de Altas Tempranas con Fundación Santa Fe de Bogotá. Noviembre 7 de 2024 Temas: Éxito del modelo de altas tempranas en FSFB

Participación del Gestor de Urgencias en las Reuniones de la “Capa de Urgencias” en la SDS – CRUE con los demás gestores de Urgencias de Bogotá. Tema: Apoyo de planes de mejoramiento en procesos administrativos, asistenciales y académicos con miras a mejorar calificación en visita de habilitación reciente.



5.6.2. PEDIATRÍA

El servicio de pediatría está compuesto por 29 camas de servicio de hospitalización que corresponde al séptimo sur del edificio principal, 8 camas de UCIP y 2 de intermedios también en el séptimo piso; el servicio de urgencias pediátricas cuenta con 12 camillas habilitadas y 10 adicionales de expansión, así como 4 consultorios, sala de reanimación, sala de procedimientos y sala ERA. En el servicio de pediatría también está integrado el programa “madre canguro” el cual desarrolla sus actividades en el cuarto piso del bloque B (área de consulta externa).

Acciones realizadas 2024:

- Guía de triage de urgencias pediátricas en la plataforma PACO con evaluación respectiva.

- Transición paulatina de guías de manejo a guías basadas en evidencia clínica.
- Revisión mensual de la programación de actividades asistenciales de los diferentes profesionales del área tanto especialistas, supra especialistas como médicos

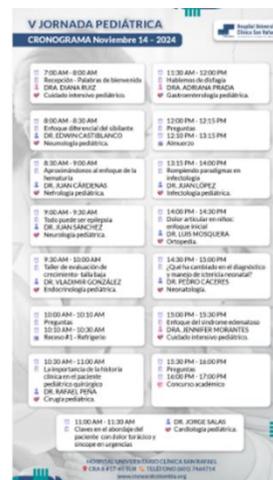
Gráfico 31 V Jornada Pediátrica

generales para el cumplimiento de las horas contratadas según cada caso.

- Inicio del programa de promoción y prevención: se inicia con promoción de vacunación y prevención de accidentes en menores de edad.

Hospital universitario – Responsabilidad social

Desde hace varios años el Hospital Universitario Clínica San Rafael contribuye de forma activa a la educación no solo de los estudiantes de pregrado y post grado de nuestra institución, sino que también incluye eventos abiertos a personal en formación de otras áreas de la salud y de diversas regiones del país. Es así como este año se realizaron las V Jornadas pediátricas con enfoque en diagnósticos diferenciales de pediatría. Las jornadas se realizaron de forma exitosa y se desarrollaron dentro de nuestra institución de forma adecuada con todo el apoyo de docencia y de las directivas de la institución



Humanización – Actividades lúdicas

Se continúa la atención en las aulas hospitalarias de la institución con el apoyo por parte de los profesores de la secretaria de educación distrital, la cual tiene como fin primero mantener un ritmo educativo en los pacientes escolares que por diferentes patologías requieren de mantenerse hospitalizados y así no permitir una desconexión completa con el entorno educativo y además desarrollar actividades

lúdicas que permitan una escape al estrés que genera tanto la hospitalización como la enfermedad que los aqueja.

En promedio se atienden entre 60 a 70 pacientes mensuales de diversas edades y genero por este programa el cual lleva más de una década desarrollándose en la institución.

También se realizan actividades lúdicas con el apoyo de personal de la orquesta filarmónica de Bogotá. A continuación, las cifras de atención por Filarmónica Hospitalaria durante el año 2024. Estas atenciones se han llevado a cabo bajo modalidad:

Atención Musical en Habitaciones (AMH): Dirigida a niños, niñas, jóvenes y



adolescentes en los pabellones de hospitalización.

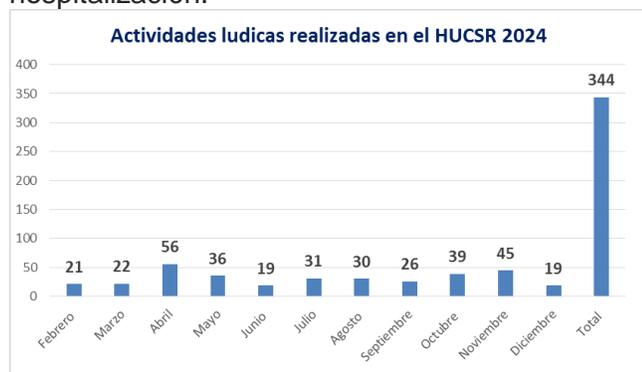


Gráfico 32 Relación de las actividades lúdicas realizadas durante el 2024

Campaña “EN ESTA NAVIDAD REGALA FELICIDAD”

Para el mes de diciembre con motivación de los residentes de pediatría de la institución se realizó la campaña “EN ESTA NAVIDAD REGALA FELICIDAD” la cual tuvo como

propósito recoger regalos donados de forma voluntaria para entregar el 24 de diciembre un regalo a los niños o niñas que se encontraban hospitalizados. La campaña fue exitosa lográndose recoger un numero de regalos que permitió entregar a cada uno de los pacientes pediátricos hospitalizados un regalo.

Indicadores del área de pediatría: (2023/2024)

| Servicio | Año 2023 | Año 2024 |
|----------------------------------|----------|----------|
| Pediatría Hospitalización | | |
| Ocupación | 83% | 81% |
| Egresos | 2922 | 2739 |
| Giro Cama | 8.4 | 7.9 |
| Estancia | 5.1 | 5.3 |
| UCI Pediátrica | | |
| Ocupación | 96% | 94% |
| Egresos | 611 | 558 |
| Giro Cama | 5.1 | 4.7 |
| Estancia | 6.5 | 6.5 |
| Eventos adversos | 5.82% | 5.65% |
| Urgencias Pediátricas | | |
| Ocupación | 159% | 113% |
| Egresos | 2122 | 1298 |
| Giro Cama | 14.7 | 9.0 |
| Estancia | 1.7 | 2.0 |
| Consultas urgencias | 21216 | 17677 |

Tabla 33 Indicadores del área de pediatría: (2023/2024)

En cuanto a los indicadores de las diferentes áreas de pediatría:

Para iniciar el análisis de los indicadores debemos primero aclarar que para el año 2024 hay una variación en cuanto a las incidencias de pico respiratorio que históricamente se presentan Bogotá y los cuales afectan directamente los indicadores finales del año; el primero es que aunque si se presentó pico respiratorio el primer semestre del año, pero este tuvo menores volúmenes con relación a años previos, es así como en 2023 llegamos a tener en urgencias ocupaciones de 389% y en el 2024 la ocupación más alta fue de 283%, así mismo el pico el 2023 fue desde mes de marzo hasta agosto y en el 2024 solo estuvo de marzo a julio; también se evidencia que para el 2023 se presentó un pico respiratorio en el segundo semestre contrario a 2024 en lo que no se evidencio presencia de este segundo pico que

históricamente se presenta en la ciudad. En cuanto a Hospitalización (séptimo sur): Se observa un leve descenso en los diferentes indicadores del servicio de hospitalización incluyendo hospitalización, egresos efectivos y giro cama. Sin embargo en esta área hay que tener en cuenta que por indicaciones de secretaria de salud y por criterios epidemiológicos ha sido necesario aislar los pacientes con sintomatología respiratoria con pruebas virales positivas; esto origina que el número de camas disminuye al tener camas bloqueadas; así mismo durante el pico respiratorio que oscila entre los meses de marzo a junio seis camas del servicio de pediatría se convierten a cuidado intermedio lo cual disminuye también la cantidad de egresos efectivos de esa área. En cuanto a la Unidad de cuidado intensivo pediátrico: Para esta área también se evidencia leve descenso en general de los indicadores, pero manteniendo ocupaciones superiores al 90%. Es un área en la cual dada la criticidad de los pacientes y la respuesta individual a los manejos no es factible influir de forma directa con la estancia y el rápido traslado. Se está trabajando en indicadores que si podemos impactar de forma directa como el de eventos adversos con el protocolo de manejo de catéteres centrales y sondas urinarias que son dos eventos adversos que pueden aumentar las estancias en la unidad y así todos los demás indicadores; vemos un leve descenso en el número de eventos adversos. En urgencias pediátricas: aunque hay disminución de la ocupación esta se mantiene por encima del 100% para el promedio anual; al descender la ocupación general también disminuye el número de egresos efectivo desde esta área.

5.6.3. MEDICINA INTERNA

El Servicio de Medicina Interna evoluciona diariamente un promedio de 150 pacientes hospitalizados (en urgencias y pisos), y se valoran un promedio de 35 pacientes adicionales diarios, generados por interconsultas desde urgencias y pisos. También Medicina interna, responde por el

Equipo de Respuesta Rápida y Código Azul Institucional.

Gestión del riesgo

Diariamente en la entrega de turno, se estratifican los pacientes de mayor gravedad y a su vez de mayor probabilidad de sufrir un evento adverso, gestionando esta manera la minimización del riesgo, a través de intervenciones médicas, administrativas y/o humanas. Se mitigan los riesgos utilizando las guías clínicas basadas en la evidencia y las barreras de seguridad de las guías técnicas de buenas prácticas para la seguridad del paciente.

Seguridad del Paciente

En medicina interna se identifica diariamente la presencia de incidentes, y eventos adversos, con el fin de mitigar sus consecuencias, a través de interposición de barreras de seguridad. De igual manera se trabaja en los factores humanos que puedan incidir en la ocurrencia de errores clínicos. Al final de cada mes se realiza la semana de la calidad y la seguridad del paciente.

Eventos adversos

En el análisis horizontal, se observa una disminución del porcentaje de eventos adversos en el 2024 comparado con el 2023 y en el análisis vertical se logró estar por debajo de la meta.

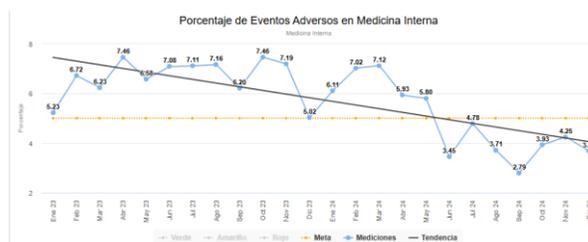


Tabla 34 Eventos adverso Medicina Interna

Indicadores de Gestión

Egresos: En las gráficas se observa una tendencia al incremento, reflejado en el nivel

horizontal con un incremento del promedio de egresos en el 2024 respecto al 2023 de 30 pacientes. En el análisis vertical un promedio de egresos por encima de la meta. Debido a la implementación de una estrategia de mayor resolutivez basada en pertinencia del proceso diagnóstico y terapéutico de pacientes en medicina interna

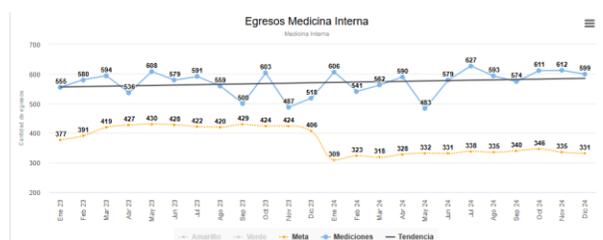


Tabla 35 Egresos Medicina Interna

Estancia hospitalaria: En las gráficas se observa, en el análisis horizontal una disminución en el promedio de estancia del año 2024, 6.7 y en el año 2023 de 6.9. En el análisis vertical continuamos con un promedio de estancia por debajo de la meta. Lo anterior es el resultado de estrategias de altas tempranas, PHD y mayor resolutivez clínica.

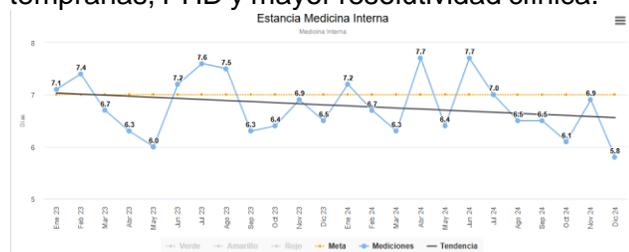


Gráfico 33 Estancia Medicina Interna

Interconsultas: Las gráficas muestran un incremento del promedio de interconsultas solicitadas a medicina interna, en el 2024, de 1046, respecto al 2023, de 1000.

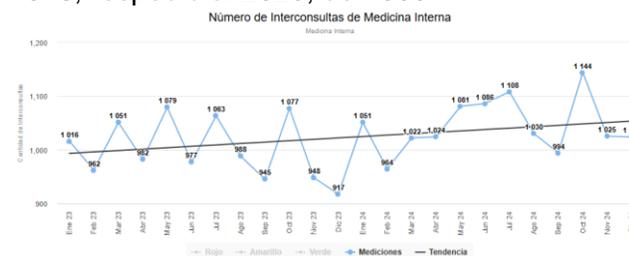


Gráfico 34 Interconsultas Medicina Interna

Mortalidad: En la gráfica se observa en el análisis horizontal que el promedio de

mortalidad se mantuvo sin cambios con picos y valles relacionados con incremento de pacientes con neoplasias y enfermedades crónicas con alta comorbilidad, sumado a pacientes cada vez más longevos. En el vertical estamos por debajo de la meta



Gráfico 35 Mortalidad Medicina Interna

Adherencia a principales guías de práctica clínica

En las barras se observa un porcentaje de adherencia adecuado a las principales 3 guías del servicio tanto en el análisis horizontal como en el vertical.

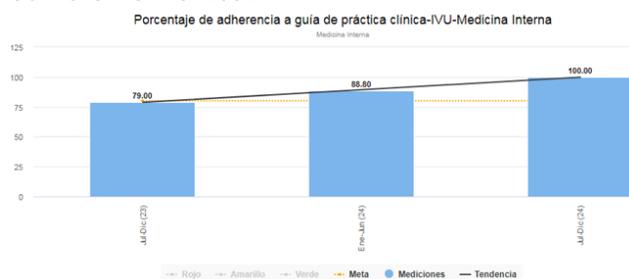


Gráfico 36 Adherencia a guías de práctica clínica - IVU

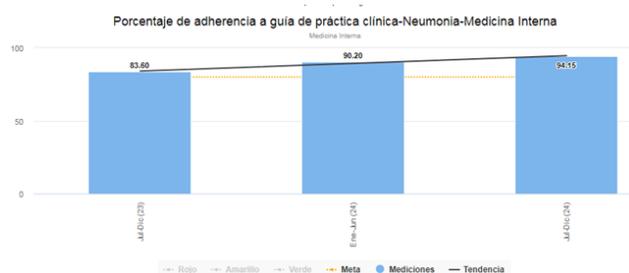


Gráfico 37 Adherencia a guías de práctica clínica - Neumonía

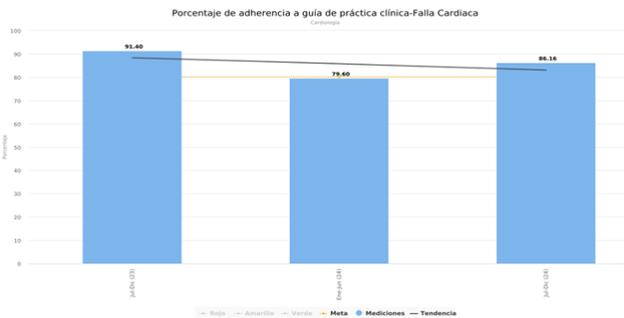


Gráfico 38 Adherencia a guías de práctica clínica - Falla Cardíaca

5.6.4. Subespecialidades clínicas

En las gráficas se observa un incremento en la demanda de interconsultas en el 2024 frente al 2023, que refleja mayor actividad por parte del servicio de Neurología en el contexto de mayor complejidad y volumen de pacientes médicos del hospital.

En cuanto a los procedimientos de neurología se observa una disminución del año 2024 con respecto al 2023, como consecuencia del direccionamiento de los aseguradores a sus IPS primarias y dificultades temporales de los insumos para pruebas diagnósticas de neurofisiología.

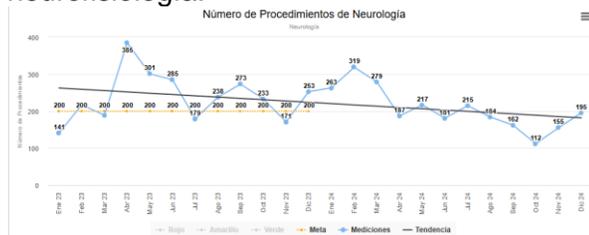


Gráfico 39 Procedimientos Neurología

El promedio de interconsultas del servicio de neumología en el análisis horizontal se observa que se mantiene similar en los dos años, aunque con una tendencia al incremento en el tiempo, proporcional al incremento de pacientes adultos que llegan al hospital.

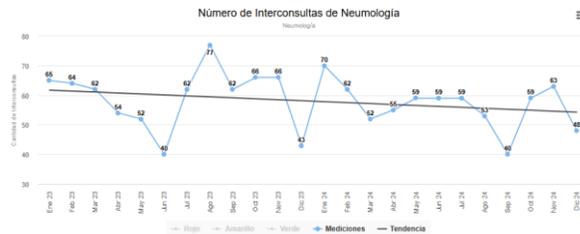


Gráfico 40 Interconsultas Neumología

En cuanto al número de procedimientos de Neumología, En el análisis horizontal se observa que para el 2024 hubo una disminución de los procedimientos comparado con el 2023 por las dificultades con el fibrobroncoscopio, vacaciones acumuladas de los especialistas principalmente. En el análisis horizontal estaríamos por debajo de la meta.

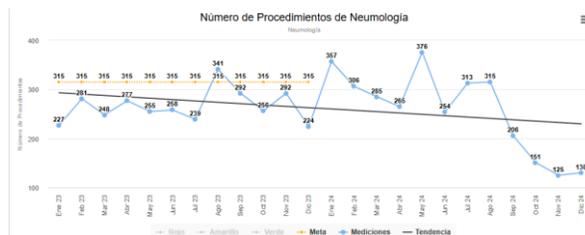


Gráfico 41 Procedimientos Neumología

Respecto al servicio de Infectología:

En el análisis horizontal, el promedio de interconsultas de infectología se observa una disminución del 2024 comparado con el 2023 que corresponde en parte a dos meses de vacaciones acumuladas. En el análisis vertical, también están por debajo de la meta.

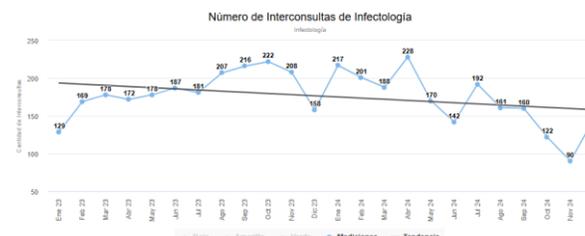


Gráfico 42 Interconsultas Infectología

En el servicio de Reumatología se observa una disminución de las consultas de reumatología asociada al direccionamiento de las EPS para patologías inflamatorias de las articulaciones. En el último mes, el

reumatólogo estuvo de vacaciones y eso explica la caída de este promedio

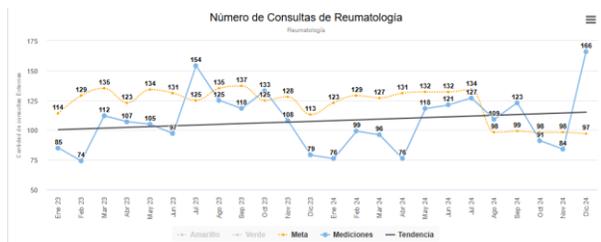


Gráfico 43 Consultas Reumatología

En Endocrinología se observa un descenso en el número de consultas e interconsultas del año 2024, comparado con el año 2023. Lo anterior obedece también a la demanda espontánea de solicitudes institucionales y a la remisión de pacientes por parte de las EPS.

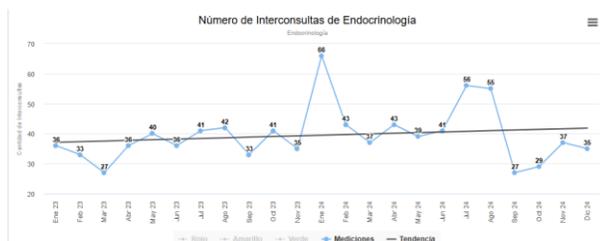


Gráfico 44 Interconsultas Endocrinología

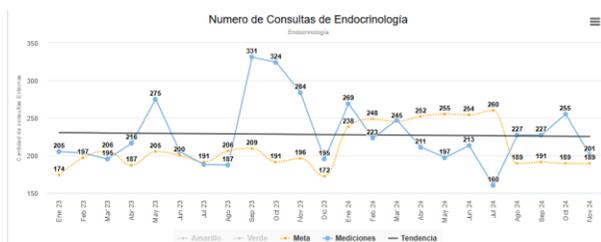


Gráfico 45 Consultas Endocrinología

5.7. UNIDAD DE ATENCIÓN AMBULATORIA: CONSULTA EXTERNA

El presente informe pretende dar a conocer la distribución de citas y el agendamiento en Consulta Externa de las diferentes especialidades que se encuentran habilitadas:

Anestesiología, Cardiología, Cardiología pediátrica, Cirugía cardiovascular, Cirugía de

mano, Cirugía de tórax, Cirugía general, Cirugía oral y maxilofacial, Cirugía pediátrica, Cirugía plástica, Cirugía vascular periférica, Clínica del dolor, Electrofisiología, Endocrinología, Enfermería (Clínica de heridas), Gastroenterología – endoscopia, Genética, Ginecología, Ginecología oncológica, Hemodinamia, Hemodinamia pediátrica, Infectología pediátrica, Neonatología, Neumología, Neumopediatría, Neurocirugía, Neurología, Neuropediatría, Neuroradiología, Nutrición y dietética, Obstetricia, Oftalmología, Ortopedia y traumatología, Otorrinolaringología, Programa mama canguro, Psicología, Rehabilitación cardíaca, Reumatología, Terapia física, Terapia ocupacional, Trabajo social, Urología, Urología pediátrica

Las agendas para la asignación de citas mensuales de 2024, se habilitaron en forma escalonada a partir de la segunda semana de cada mes, es decir se habilito de manera mensual, trimestral y anual, con el fin de garantizar y mejorar la oportunidad.

Con corte al 31 de diciembre de 2024, la demanda estimada fue de 173.590 citas, con una demanda no satisfecha de 53.016 solicitudes (30,5%), se asignaron 120.574 citas, de estas se cumplieron 90.739 (75%), y se incumplieron 29.844 (24,7%).

| Etiquetas de fila | Demanda Estimada |
|-------------------------|------------------|
| Cumplidas | 90.730 |
| Incumplidas | 29.844 |
| Demanda No Satisfecha | 53.016 |
| Demanda Estimada | 173.590 |

Tabla 36 Demanda Consulta Externa

Procedimientos

Es de anotar que para el año 2024, se inició con la discriminación de los procedimientos ambulatorios que se realizan en consulta ya que en años anteriores se contabilizaba y se cobraban como consulta, de igual manera se clasificaron con los CUPS correspondientes, mejorando la facturación de dichos procedimientos, para este periodo se realizaron 7.987.

| Especialidad | Total general |
|------------------------|---------------|
| ENFERMERIA | 2596 |
| ELECTROFISIOLOGIA | 1667 |
| OTORRINOLARINGOLOGIA | 1398 |
| GASTROENTEROLOGIA | 783 |
| CARDIOLOGIA | 479 |
| CARDIOLOGIA PEDIATRICA | 275 |
| NEUMOLOGIA | 267 |
| NEUROLOGIA | 240 |
| REUMATOLOGIA | 185 |
| GINECOLOGIA | 88 |
| NEUROPEDIATRIA | 5 |
| ORTOPEDIA | 3 |
| UROLOGIA | 1 |
| Total general | 7.987 |

Tabla 37 Procedimientos Ambulatorios Consulta Externa

Fuente: Heon

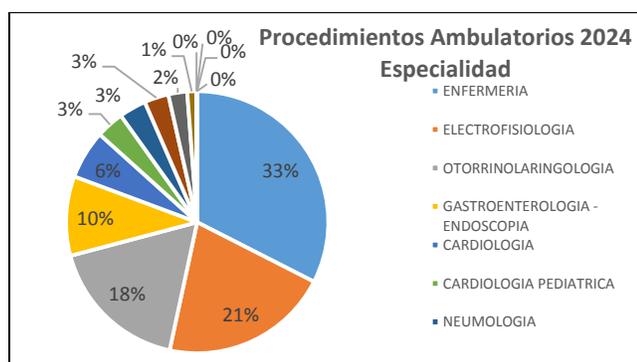


Tabla 38 Procedimientos Ambulatorios por Especialidad

Fuente: Heon

Por tipo de consulta: enfermería con clínica de heridas, participo con un 33% de procedimientos, seguido de electrofisiología con 21% y otorrinolaringología con un 18%, siendo estos los más representativos.

| EPS | Total general |
|----------------------|---------------|
| Nueva EPS | 4360 |
| Compensar EPS | 1296 |
| Famisanar EPS | 1153 |
| Grupo Sura | 665 |
| Otros | 216 |
| Grupo Sanitas | 202 |
| Salud Total EPS | 95 |
| Total general | 7.987 |

Tabla 39 Procedimientos Ambulatorios por Asegurador

Fuente: Heon

El comportamiento de procedimientos ambulatorios por asegurador correspondió a usuarios de Nueva EPS, seguido de compensar y Famisanar, siendo los datos más representativos

| EPS | ene | feb | mar | abr | may | jun | jul | ago | sep | oct | nov | dic |
|----------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Compensar EPS | 2.304 | 2.638 | 1.846 | 2.675 | 2.167 | 1.939 | 2.271 | 1.821 | 1.903 | 2.025 | 1.765 | 1.748 |
| Nueva EPS | 1.765 | 1.924 | 1.587 | 1.907 | 1.702 | 1.489 | 1.745 | 1.792 | 1.674 | 2.116 | 1.991 | 1.787 |
| Famisanar EPS | 1.444 | 1.972 | 1.613 | 1.376 | 1.868 | 1.705 | 1.788 | 1.079 | 924 | 664 | 762 | 1.042 |
| Grupo Sura | 1.160 | 1.217 | 957 | 1.155 | 1.087 | 912 | 969 | 810 | 824 | 851 | 734 | 759 |
| Otros | 592 | 591 | 513 | 611 | 619 | 565 | 788 | 791 | 792 | 846 | 649 | 687 |
| Grupo Sanitas | 817 | 701 | 583 | 699 | 565 | 471 | 536 | 512 | 479 | 374 | 282 | 255 |
| Salud Total EPS | 186 | 129 | 172 | 175 | 150 | 117 | 215 | 202 | 229 | 270 | 167 | 147 |
| Total general | 8.268 | 9.172 | 7.271 | 8.598 | 8.158 | 7.198 | 8.312 | 7.007 | 6.825 | 7.146 | 6.350 | 6.425 |

Tabla 40 Procedimientos Ambulatorios por Asegurador mes a mes

Fuente: Heon

El comportamiento de las citas asignadas por asegurador fue muy similar al 2023, el mayor volumen de citas asignadas correspondió a

usuarios de la EPS Compensar, con 25.102 citas (28%), seguida de Nueva EPS con 21.479 citas (24%) y Famisanar con 16.237 citas (18%), destacando que la EPS Famisanar presentó un incremento del 74% en comparación con el año anterior, a diferencia de la EPS Sanitas quienes pasaron de 18.922 en el 2023 a 6.274 en el año 2024, disminuyendo en un 67% su participación, debido a la terminación del PGP que se tenía suscrito.



Gráfico 46 Comportamiento por asegurador

Fuente: Heon

| ESPECIALIDAD | Total |
|--------------------------------|-------|
| ANESTESIOLOGIA | 5829 |
| CARDIOLOGIA | 8110 |
| CARDIOLOGIA PEDIATRICA | 259 |
| CIRUGIA CARDIOVASCULAR | 773 |
| CIRUGIA DE MANO | 2160 |
| CIRUGIA DE TORAX | 422 |
| CIRUGIA GENERAL | 3363 |
| CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL | 696 |
| CIRUGIA PEDIATRICA | 1225 |
| CIRUGIA PLASTICA | 2203 |
| CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA | 1012 |
| CLINICA DEL DOLOR | 485 |
| DERMATOLOGIA | 1 |
| ELECTROFISIOLOGIA | 1223 |
| ENDOCRINOLOGIA | 2608 |
| ENFERMERIA | 1 |
| GASTROENTEROLOGIA - ENDOSCOPIA | 714 |
| GENETICA | 993 |
| GINECOLOGIA | 5966 |
| GINECOLOGIA ONCOLOGICA | 271 |
| HEMATOLOGIA | 1317 |
| HEMODINAMIA | 262 |
| HEMODINAMIA PEDIATRICA | 42 |

| | |
|---------------------------|---------------|
| INFECTOLOGIA | 3 |
| INFECTOLOGIA PEDIATRICA | 147 |
| MEDICINA GENERAL | 44 |
| NEONATOLOGIA | 2264 |
| NEUMOLOGIA | 2744 |
| NEUMOPEDIATRIA | 735 |
| NEUROCIRUGIA | 1492 |
| NEUROLOGIA | 488 |
| NEUROPEDIATRIA | 993 |
| NEURORADIOLOGIA | 101 |
| NUTRICION Y DIETETICA | 158 |
| OBSTETRICIA | 3921 |
| OFTALMOLOGIA | 920 |
| ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA | 10978 |
| OTORRINOLARINGOLOGIA | 3397 |
| PROGRAMA MAMA CANGURO | 5836 |
| PSICOLOGIA | 1565 |
| REHABILITACION CARDIACA | 1606 |
| REUMATOLOGIA | 1286 |
| TERAPIA FISICA | 6598 |
| TRABAJO SOCIAL | 347 |
| UROLOGIA | 5172 |
| Total general | 90.730 |

Tabla 41 Citas asignadas por especialidad

Fuente: Heon

Los servicios con mayor participación de citas asignadas para el año 2024, fueron Ortopedia con 10.978 (12%), seguido de Cardiología 8.110 (9%), y Terapia física con 6.597 (7%).



Gráfico 47 Comportamiento por especialidades

Fuente: Heon

Call Center:

Los niveles de servicio del call center para el año 2024, tanto en la Línea Prioritaria como en la Línea General, cumplieron con la meta establecida por la institución: Línea Prioritaria 98% y Línea General 85%, siendo la meta el 80%

Durante este periodo se realizó un cambio de operador, pasando de ETB a CLARO a partir del mes de abril, este cambio implicó una reducción de líneas telefónicas pasando de 4 líneas a 2 líneas, donde se agruparon las diferentes EPS.

Es importante aclarar que, en la Línea General, no solo se reciben llamadas para la solicitud de citas, sino también para otros tipos de requerimientos e información.

| NIVEL DE ATENCIÓN | ene | feb | mar | abr | may | jun | jul | ago | sep | oct | nov | d |
|-------------------|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|
| LINEA GENERAL | 62% | 72% | 70% | 97% | 93% | 87% | 86% | 88% | 90% | 92% | 89% | 95 |
| LINEA PRIORITARIA | 97% | 97% | 97% | 100% | 99% | 98% | 99% | 98% | 98% | 98% | 98% | 98 |
| LINEA NUEVA EPS | 97% | 98% | 98% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0 |
| LINEA SANITAS | 97% | 99% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0 |

Gráfico 48 Nivel de Atención por tipo de línea

Fuente: Issabel

Gestión del año 2024

Procesos: Área de Consulta Externa 2024.

Estrategias que permitieron el funcionamiento de los servicios ambulatorios durante el año 2024.

Aseguradores

- Con la EPS Compensar, se continuo convenio de la Microred y el PGP Cardiovascular, se continuo con los programas “PIDA” (plan integral para el cuidado de las gestante) y cirugía electiva.
- Con Nueva EPS, se fortaleció la atención de las rutas especiales a pacientes de zonas alejadas como Guaviare, Amazonas, San Andrés,

Vaupés, Guainía, Casanare, Vichada, Arauca y Choco, se continuó convenio con IPS Bienestar para la atención de nuevos pacientes afiliados a esta EPS.

- Con la EPS Famisanar se incrementaron en un 74% las atenciones a sus afiliados con respecto al año anterior.
- Con la EPS Sura, se continuó con el programa de maternas, atendiendo las pacientes gestantes de riesgo inminente.

Agendamiento:

- De manera Mensual, trimestral y anual se habilitaron las agendas de las diferentes especialidades y se actualizo el instructivo de programación y disponibilidad de agendas.
- Se realizó seguimiento diario al comportamiento de las agendas, con el fin de optimizarlas.
- Se actualizo el protocolo de asignación de citas Presencial, Call center y Auto agendamiento.
- A partir de mes de marzo se inició la prueba piloto para el auto agendamiento en la página WEB, con un promedio de 530 citas asignadas mensualmente.

Otras:

- Se fortaleció la orientación al usuario y sus familiares, en procesos administrativos para su adecuada atención dentro del servicio de Consulta Externa.
- Se identificaron causas de demoras en sala de espera con el fin de optimizar la atención con oportunidad.
- Consulta Externa, se encuentra comprometida con la acreditación de la institución, por lo cual se encuentra actualizando procesos e identificando y gestionando oportunidades de mejora.

Indicadores:

De acuerdo con el manual de acreditación se analizaron los indicadores de eficiencia y eficacia, algunas de ellos se implementaron en el año 2024, con el fin de cumplir con los estándares y con el objetivo de implementar estrategias que permitan garantizar la atención de Consulta Externa.

| |
|---------------------------------------------------------------------------------|
| Eficacia |
| Número de Consultas |
| Porcentaje de Código Azul Consulta Externa |
| Porcentaje de la recordación redundante de la asignación de citas |
| Porcentaje de Pacientes Crónicos |
| Porcentaje Pacientes Programados No Atendidos |
| Eficiencia |
| Nivel de Atención - Línea General |
| Nivel de Atención - Línea Preferencial |
| Oportunidad en Atención Consulta Externa - Entrega de Turno y Facturación |
| Oportunidad en Atención Consulta Externa - Facturación y el Inicio de Consulta |
| Oportunidad en Atención Consulta Externa - Inicio de Consulta y Fin de Consulta |
| Oportunidad en Consultas de Control |
| Oportunidad en Consultas de Primera Vez |
| Porcentaje Cubrimiento Demanda Consulta Externa |

Tabla 42 Indicadores de Eficiencia y Eficacia

Fuente: Almera

Se destacan avances en el nivel de atención de las líneas general (85% frente a una meta del 80%) y preferencial (98% frente a una meta del 80%), superando las expectativas. Sin embargo, persisten desafíos en el porcentaje de pacientes programados no atendidos (22%), una de las causas es la demanda de algunas aseguradoras sin previo acuerdo con la IPS.

El número de consultas realizadas 6,425 frente a una meta de 7,603, algunas de las razones es que se cerraron los servicios de Hematología e Infectología, a partir del mes de abril; algunas especialidades disminuyeron la oferta de consultas, y todo esto sin modificación de meta establecida favoreciendo que el porcentaje de cobertura de demanda de Consulta Externa, este en 56% frente a 95% proyectado.

Se observa un cumplimiento en la oportunidad de consultas de control 12.7 días, frente a la meta institucional que es de 15 días y de primera vez 9.6 días frente a 15 días, mientras que la oportunidad en facturación e inicio de consulta 68 minutos frente a 40 minutos y el inicio y fin de consulta 17.58 minutos frente a

15 minutos, indicador que se crearon según el manual de acreditación y se empezaron a medir desde el mes de junio requiriendo oportunidades de mejora. Estos análisis resaltan logros importantes en calidad de atención, aunque se identifican áreas clave para fortalecer procesos y optimizar recursos.

Se continúa trabajando en la identificación de las inasistencias de los pacientes. Para mitigar esta causa, se implementaron mecanismos de recordatorio de citas, enviando inmediatamente un mensaje de texto (SMS) y un correo electrónico al paciente al momento de agendar la cita. Como medida adicional, se envía un segundo recordatorio por SMS el día anterior a la cita. Actualmente, estamos a la espera de que la implementación del nuevo software permita incorporar mecanismos redundantes más eficientes para mejorar aún más este proceso.

Con el fin de hacer más competitiva y mejorar el relacionamiento con los grupos de interés, se ha venido trabajando en las políticas humanización de la atención, seguridad del paciente, además se viene fortaleciendo el trabajo en equipo con el personal de Consulta Externa, el cual ha sido receptivo, de tal manera que los usuarios y sus familias se encuentren con una atención de calidad, oportuna, eficaz y eficiente en el servicio

5.8. UNIDAD DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

5.8.1. IMÁGENES DIAGNOSTICAS

Se presentó disminución en la producción de 14.97% entre 2023 y 2024, pasando de 177.735 actividades en 2023 a 151.113 en 2024. Disminución generada por la ausencia de contrato de sanitas. A continuación, el comportamiento por tipo de servicio:

| Mes | Total, estudios procesados |
|---------|----------------------------|
| Enero | 12,997 |
| Febrero | 12,748 |

| | |
|------------|--------|
| Marzo | 13,019 |
| Abril | 12,915 |
| Mayo | 14,122 |
| Junio | 13,132 |
| Julio | 13,727 |
| Agosto | 12,190 |
| Septiembre | 11,863 |
| Octubre | 12,358 |
| Noviembre | 11,687 |
| Diciembre | 10,355 |

Tabla 43 Comportamiento unidad de Imágenes Diagnósticas

5.8.2 Hemodinamia

Se presentó disminución en la producción durante el año, debido a falla definitiva del angiógrafo Phillips y queda solo en funcionamiento el angiógrafo Toshiba, quien presenta falla del tubo y es requerido cambiarlo en la primera semana de diciembre.

| Mes | Total procedimientos |
|------------|----------------------|
| Enero | 262 |
| Febrero | 222 |
| Marzo | 221 |
| Abril | 220 |
| Mayo | 258 |
| Junio | 197 |
| Julio | 227 |
| Agosto | 167 |
| Septiembre | 154 |
| Octubre | 143 |
| Noviembre | 131 |
| Diciembre | 151 |

Tabla 44 Total procedimientos Hemodinamia

Oportunidad global

| |
|----------------------------|
| Oportunidad global / Horas |
| 7,5 |
| 6,5 |
| 6,9 |
| 8,1 |
| 7,9 |

| |
|------|
| 6,7 |
| 6,8 |
| 6,4 |
| 7,7 |
| 16,5 |
| 12,6 |
| 6,9 |

Tabla 45 Oportunidad Global

- Indicador de oportunidad de citas, promedio año: Paciente hospitalizado/horas: (2023) 7.47, (2024) 6.9 y paciente ambulatorio/días (2023) 8.82, (2024) 8.9 disminuye el tiempo de oportunidad de paciente hospitalizado, y se mantiene el ambulatorio. A pesar de no tener el contrato de sanitas, se tiene contrato con oncolife con una población importante de tomografías y resonancias realizadas y se ha garantizado la oportunidad en asignación de cita. La meta es menor a 12 horas hospitalizados y menor a 12 días ambulatorios.
- Indicador oportunidad global, tiempo entre la admisión del paciente y la emisión del resultado, promedio año en horas: paciente hospitalizado/horas: (2023) 8.9, (2024) 6,9 y paciente ambulatorio/días (2023) 9.38, (2024) 20,5 (Horas) disminuye el tiempo de oportunidad de paciente hospitalizado y aumenta en el ambulatorio, debido a la complejidad de los pacientes oncológicos que reducen la capacidad de interpretación del radiólogo. La meta es menor a 12 horas hospitalizados y menor a 5 días ambulatorios.

Se llevaron a cabo las siguientes iniciativas

- Implementación de nuevos estudios especiales en resonancia magnética, ampliando el portafolio para el 2024 de estudios realizados por pocas instituciones beneficiando la planeación quirúrgica y de alto impacto en el diagnóstico y recuperación del paciente.

- Replica también a clínica Popayán y nevados de 8 módulos de educación en protección radiológica, en la plataforma PACO; dirigidos a todos los colaboradores ocupacionalmente expuestos a radiación ionizante, curso que al finalizar se certificará.
- Reducción del gasto en un 70% por transición de papel a formularios y consentimientos digitales en plataforma Synapse.
- Optimización del gasto de cds, por emisión de resultados a través del portal de pacientes.
- El servicio de Imágenes Diagnósticas fue referencia para la clínica internacional de Perú que cuenta con 12 sedes en su país. Se recibieron para evidenciar el proceso implementado en Synapse y las optimizaciones realizadas en el flujo de trabajo.
- Se realizaron actividades creativas como estrategia de educación y simulacros para estimular la práctica en los colaboradores.

Se realizaron 10 EPM durante el año.

5.8.3. LABORATORIO CLÍNICO

Durante el año 2024 el laboratorio clínico procesó un total de 806.139 exámenes, de los cuales el 88% fueron intrainstitucionales y el 12% correspondió a clientes externos (53 clientes activos).

Comparando esto con el año anterior se tuvo una disminución del 3.9% en la cantidad de exámenes procesados, asociados a afectaciones propias del sector salud.

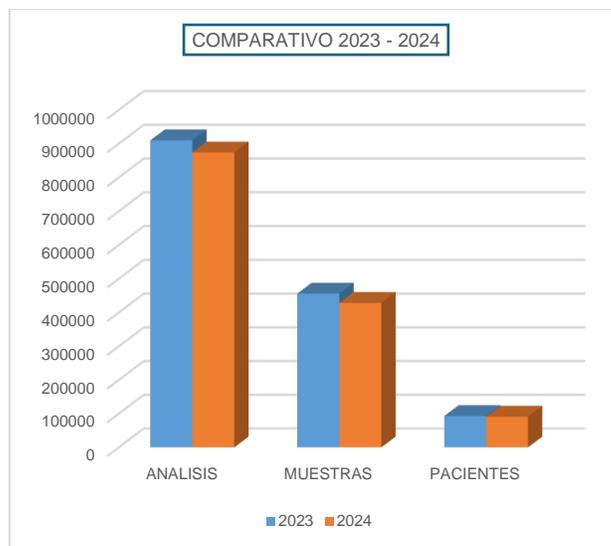


Gráfico 49 Comparativo anual total análisis, muestras y pacientes atendidos

| AÑO | ANÁLISIS | MUESTRA S | PACIENTE S |
|------|----------|-----------|------------|
| 2023 | 909.863 | 456.242 | 92.889 |
| 2024 | 806.139 | 428.645 | 91.142 |

| MES | 2023 | | | 2024 | | |
|------------|----------|----------|-----------|----------|----------|-----------|
| | ANÁLISIS | MUESTRAS | PACIENTES | ANÁLISIS | MUESTRAS | PACIENTES |
| ENERO | 76118 | 37276 | 6878 | 78213 | 37777 | 7441 |
| FEBRERO | 69678 | 34966 | 7152 | 73325 | 35611 | 7618 |
| MARZO | 79497 | 40355 | 8329 | 76235 | 37614 | 8099 |
| ABRIL | 73417 | 37153 | 7433 | 73608 | 36527 | 7743 |
| MAYO | 80430 | 40976 | 8400 | 78622 | 38960 | 8301 |
| JUNIO | 76908 | 38818 | 8128 | 77030 | 38092 | 8229 |
| JULIO | 79302 | 39920 | 8066 | 79244 | 39319 | 8149 |
| AGOSTO | 78599 | 39536 | 7861 | 66443 | 32704 | 6855 |
| SEPTIEMBRE | 77208 | 39375 | 7991 | 59957 | 29208 | 6127 |
| OCTUBRE | 77331 | 38051 | 8009 | 71348 | 35476 | 7667 |
| NOVIEMBRE | 70592 | 35301 | 7472 | 72046 | 34872 | 7732 |
| DICIEMBRE | 70783 | 34515 | 7170 | 67853 | 32485 | 7181 |
| TOTAL | 909863 | 456242 | 92889 | 873924 | 428645 | 91142 |

Tabla 46 Comparativo anual total análisis, muestras y pacientes atendidos

Fuente: Aplicativo AlinIQ BIS – Laboratorio clínico.

Se tuvo un incremento en la oferta del portafolio de servicios como lo fue en el área de Biología Molecular incluyendo las pruebas Mini panel respiratorio que incluyen en una misma prueba la detección del virus Sars, CoV2 - Influenza A y B – Virus Sincitial Respiratorio, así como la prueba de detección molecular de carbapenemasas, las cuales tienen un gran impacto en toma de decisiones clínicas oportunas.

La oportunidad de entrega de resultados global promedio para el año 2024 fue del 83%, superando la oferta presentada en el 2023 con el 80% para lo cual se revisan en las áreas del laboratorio los datos críticos con el fin establecer las pautas para su gestión y reporte.

Se realizan acuerdos de servicios con los diferentes servicios del hospital definiéndose tiempos de respuesta de 45 minutos para Troponina, Dímero D, Hemograma y beta-hCG, 60 minutos en los demás exámenes de urgencias y 90 minutos para los servicios de Hospitalización y UCIs.

| MES | OPORTUNIDAD |
|---------------|-------------|
| ENERO | 84% |
| FEBRERO | 86% |
| MARZO | 86% |
| ABRIL | 84% |
| MAYO | 82% |
| JUNIO | 80% |
| JULIO | 83% |
| AGOSTO | 82% |
| SEPTIEMBRE | 82% |
| OCTUBRE | 84% |
| NOVIEMBRE | 82% |
| DICIEMBRE | 83% |
| Total general | 83% |

Tabla 47 Oportunidad mes 2024

Fuente: Software Hexalis.

Por otro lado, los planes de mejora asociados a acreditación tuvieron un cumplimiento del 85%, impactado sustancialmente en los acuerdos de servicio anteriormente mencionados.

Adicionalmente se realizó un incremento en el cubrimiento del control de calidad externo, llegando al 80% para el 2024, lo que posiciona al Laboratorio Clínico con un nivel superior de calidad.

Por otro lado, se hizo un fortalecimiento en el seguimiento y estructura a las pruebas POCT llevando los controles de calidad internos en el software de QC del laboratorio.

Durante el 2024 se siguió avanzando en los trámites administrativos y de infraestructura del proyecto de implementación de técnicas de identificación de microorganismos por Espectrometría de Masas en el área de microbiología y se proyecta que este sea iniciado en el año 2025, con el cual se espera aumentar la confiabilidad de los resultados y disminuir los tiempos de emisión de los reportes durante la tipificación de los microorganismos.

De igual forma se adelantan los acercamientos para la adquisición de un nuevo citómetro de flujo que tenga mayor sensibilidad y rendimiento lo cual haría que se disminuyan los costos de operación, se oferten nuevas pruebas y se capten más clientes externos.

Imagen equipo MalDI-tof



5.8.4. PATOLOGÍA

El servicio de patología es brindado por un tercero al cual se le realiza acompañamiento, supervisión y control desde la coordinación nacional del laboratorio y banco de sangre.

Para esto se implementó una herramienta de verificación la cual se aplica de manera semestral. Adicionalmente se trabajaron en acuerdos de servicio principalmente con el servicio de cirugía con el fin de mejorar los tiempos de respuesta y la oportunidad en los reportes de patología.

Por último, se hacen seguimientos mensuales para la presentación de indicadores

Indicadores:

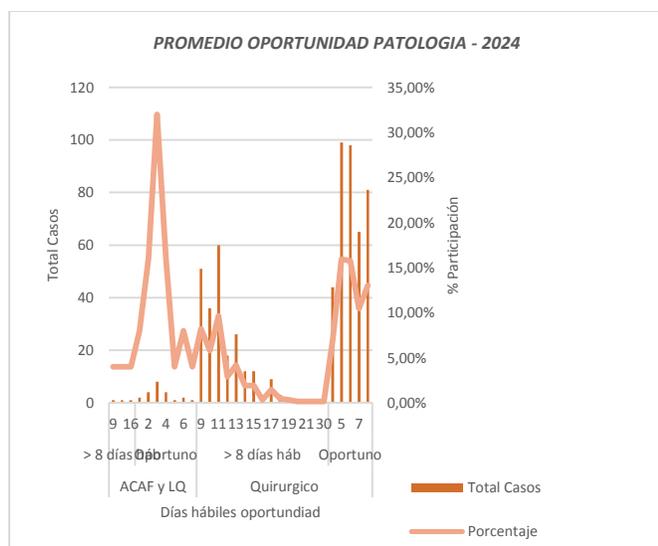


Gráfico 50 Promedio de oportunidad Patología



Gráfico 51 Oportunidad emisión de resultados de estudios anatomopatológicos

Fuente: Indicadores Compensar

Al igual que el laboratorio clínico se hacen acuerdos de servicio con el servicio de cirugía donde se estableció la ruta y tiempo de respuesta para las biopsias por congelación.

5.8.5 BANCO DE SANGRE Y SERVICIO DE GESTIÓN PRE TRANSFUSIONAL

Para el año 2024 el Banco de Sangre disminuyó notablemente su captación de donantes debido a las variables propias del sector, que impactaron temas financieros que obligaron a reducir los grupos de colecta pasando de 6 campañas extramurales a 3 e incluso 2 grupos dependiendo la disponibilidad de insumos para su realización; por tal motivo se pasó de una captación de 40.280 donantes en el 2023 a 24.809 donantes en el 2024 disminuyendo un 38.4%.

En 2024, se realizaron un total de 948

campañas, con un enfoque particular en las empresas, cuyo porcentaje aumentó del 36.6% al 38.4%. Esta priorización llevó a la cancelación de varios puntos de espacio público gestionados por la Secretaría de Desarrollo Social (SDS), que fue notificada sobre las dificultades económicas y logísticas que impactaban las campañas, especialmente debido a las penalizaciones acordadas por la cancelación frecuente de estos espacios. Esta situación se volvió recurrente, especialmente a partir de marzo, cuando se comenzaron a evidenciar bloqueos con los proveedores debido a problemas relacionados con la cartera.

| TOTAL DONANTES SANGRE TOTAL | 2023 | 2024 |
|-----------------------------|--------------|--------------|
| ENERO | 3292 | 2770 |
| FEBRERO | 3999 | 3192 |
| MARZO | 3514 | 2474 |
| ABRIL | 3119 | 2392 |
| MAYO | 2955 | 2080 |
| JUNIO | 3155 | 1637 |
| JULIO | 3487 | 2026 |
| AGOSTO | 3827 | 1524 |
| SEPTIEMBRE | 3343 | 2182 |
| OCTUBRE | 3102 | 1509 |
| NOVIEMBRE | 2801 | 1257 |
| DICIEMBRE | 2449 | 1044 |
| TOTAL CAPTACIÓN | 39043 | 24087 |

Tabla 48 Comparativo donantes de sangre total captados 2023-2024

En 2024, el número de procedimientos de aféresis experimentó una disminución del 41.6%, pasando de 1,237 realizados en 2023 a 722. Esta reducción se debió a la falta de insumos necesarios para llevar a cabo los procedimientos. Además, cuando se reanudaron las operaciones, la reactivación fue compleja, ya que muchos clientes optaron por otros bancos de sangre para sus necesidades. Sin embargo, en octubre se logró retomar el proceso de manera constante, y hacia los últimos meses del año se observó un incremento en la demanda por parte de los clientes, beneficiándose de la

disponibilidad de los insumos.

| TOTAL DONANTES AFERESIS | 2023 | 2024 |
|-------------------------|-------------|------------|
| ENERO | 119 | 98 |
| FEBRERO | 120 | 87 |
| MARZO | 118 | 97 |
| ABRIL | 113 | 96 |
| MAYO | 93 | 87 |
| JUNIO | 103 | 31 |
| JULIO | 87 | 24 |
| AGOSTO | 94 | 17 |
| SEPTIEMBRE | 102 | 27 |
| OCTUBRE | 100 | 52 |
| NOVIEMBRE | 88 | 45 |
| DICIEMBRE | 100 | 61 |
| TOTAL CAPTACIÓN | 1237 | 722 |

Tabla 49 Comparativo total donante aféresis 2023-2024

Elaboración propia, Fuente. Hexabank

En 2024, se logró un incremento en el porcentaje de donantes repetitivos, pasando del 26.6% al 29.6%, gracias a las estrategias de promoción implementadas. Este avance fue fruto del trabajo conjunto con la Secretaría de Salud (SDS), orientado a una de las principales metas de promoción voluntaria de la donación de sangre. Como resultado, el banco de sangre alcanzó uno de los primeros lugares en términos de habitualidad de donantes, lo que nos permitió acceder a mejores puntos de captación durante las mesas de trabajo realizadas con la SDS en los últimos meses del año.

Sin embargo, la disminución en las campañas tuvo un impacto negativo en la producción de hemocomponentes, que pasó de 93,955 unidades generadas en 2023 a 56,698 en 2024, lo que representa una reducción del 39.6%. Este descenso resultó en una demanda insatisfecha del 36% en la distribución de hemocomponentes, con 34,817 unidades despachadas en Bogotá y 7,233 fuera de la ciudad.

| COMPONENTES DISTRIBUIDOS 2024 | TOTAL |
|-------------------------------|-------|
| SOLICITADO BOGOTA | 53330 |

| | |
|-----------------------------|-------|
| DESPACHADO BOGOTA | 34817 |
| DEMANDA NO CUBIERTA | 18893 |
| SOLICITADO FUERA DE BOGOTA | 15458 |
| DESPACHADO FUERA DE BOGOTA | 7233 |
| DEMANDA NO CUBIERTA | 8225 |
| HEMOCOMPONENTES DESPACHADOS | 42050 |
| PORCENTAJE DE DISTRIBUCIÓN | 74% |

Tabla 50 Hemocomponentes distribuidos 2024

Elaboración propia; Fuente: Hexabank

Con respecto al servicio de gestión pre transfusional se presentó una disminución del 25.8% en la transfusión, asociada a la reducción de pacientes transfundidos pasando de 2.493 pacientes en el 2023 a 2.320 en el 2024, debido a la cancelación de cirugías mayores que generan un alto consumo de hemocomponentes y el cierre de hematología un servicio que presenta gran demanda especialmente de plaquetas.

| COMPONENTES TRANSFUNDIDOS EN HUCSR | | |
|-------------------------------------|-------|------|
| | 2023 | 2024 |
| GLOBULOS POBRES EN LEUCOCITOS | 2416 | 2242 |
| GLOBULOS FILTRADOS | 2499 | 2091 |
| PFC | 2076 | 1660 |
| PLAQUETAS POBRES EN LEUCOCITOS | 3880 | 1703 |
| CUPS | 434 | 400 |
| CRIOP | 916 | 974 |
| TOTAL HEMOCOMPONENTES TRANSFUNDIDOS | 12221 | 9070 |

Tabla 51 Comparativo hemocomponentes transfundidos

Elaboración propia, Fuente: Hexabank

En total se transfundieron 9070 hemocomponentes, se presentaron 29

reacciones adversas a la transfusión ninguna de ellas severa.

En temas económicos pasamos de facturar \$14.400.879.933 en el 2023 a \$10.180.384.118 debido a los factores y resultados detallados anteriormente.

En el mes de octubre se presentaron varias renunciaciones del personal específicamente 5 promotores de campaña extramural ante modificaciones salariales asociados a productividad, lo que dificultó aún más el proceso, ya que era talento humano con una gran experiencia y antigüedad en el servicio.

Dada la disminución en la captación y todo lo que esto conlleva al interior de nuestro proceso, se trabajó en capacitar al personal y en la gestión documental, robusteciendo nuestros procesos.

En temas tecnológicos Ingreso un nuevo equipo para aféresis -TRIMA con la cual optimizamos nuestros tiempos de atención y productividad en el área

5.9. GESTIÓN DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Seguimiento adherencia protocolos de enfermería

Para el 2024 se continúa con el seguimiento a la atención brindada por el personal de enfermería, se evaluaron 18 protocolos, a través de 2.344 listas de chequeo. Para este año se inició con la medición de adherencia a toma de glucometría e identificación del binomio madre e hijo, este último ante el riesgo que se tiene en la institución de pérdida e intercambio de recién nacidos.

El comportamiento general en cuanto a promedio en la adherencia de los procedimientos y protocolos alcanza la meta establecida; se encuentra oportunidad de mejora para el protocolo de prevención de caídas, entrega y recibo de turno, plan de cuidado de enfermería, toma de glucometría y transferencia segura de pacientes. Durante el mismo periodo se realizaron capacitaciones

en los Equipos Primarios de Mejoramiento EPM dirigidas al personal auxiliar, profesionales de enfermería y camilleros.

Se obtuvo un 91.3% de adherencia general a los protocolos a continuación, se muestra el resultado de los protocolos evaluados con mayor impacto durante la atención del paciente.

| LISTA DE CHEQUEO | PROMEDIO 2024 |
|------------------------------------------------|---------------|
| Trasfusión componentes sanguíneos | 96% |
| Control de signos vitales | 92% |
| Administración de medicamentos | 92% |
| Transferencia de pacientes | 87% |
| Consentimiento informado de enfermería | 93% |
| Control de líquidos administrados y eliminados | 92% |
| Toma y transporte de muestras de laboratorio | 93% |
| Identificación de pacientes | 93% |
| Toma de glucometría | 88% |
| Plan de cuidado de enfermería | 83% |

Tabla 52 Tabla Resultados promedio de adherencia a protocolos de enfermería

Eventos trazadores

Entre los eventos adversos de mayor impacto son las caídas y las lesiones por presión LPP ya que derivados de estos se produce un daño físico y psicológico al paciente, adicional se prolongan los días de estancia hospitalaria y se generan sobrecostos a nivel institucional.

A continuación, se presenta un comparativo de la tasa global de caídas donde para el año 2023 es de 1 y para el 2024 la tasa global baja a 0.9. La grafica evidencia una mejora significativa en 2024 resaltando el servicio de hospitalización, que obtiene una tasa global de 0.6 en 2024 comparada con la tasa de 0.8 del año 2023.



Grafica comparativa tasa global de caídas 203 -2024

En cuanto a la lesión por presión LPP para el año 2023 la tasa quedo en 1.4 y 1.5 para el 2024 sin embargo, se observa una tendencia al aumento, lo cual no significa que se presenten más casos si no que por el contrario la institución promueve la cultura de reporte gracias a las actividades realizadas en conjunto con el programa de seguridad del paciente.

Para fortalecer las actividades de prevención de este evento, se cuenta con un profesional de enfermería exclusivo quien se encarga de liderar el programa de piel sana por medio de la actualización documental y el desarrollo de las siguientes actividades:

- Educación al personal asistencial de enfermería en manejo de barreras y apósitos para prevención de UPP hasta la fecha se han capacitado 333 colaboradores.
- Stand en 2 piso para de celebrar el día de la prevención de UPP con participación de 101 colaboradores.
- Divulgación paquete instruccional a 440 colaboradores.
- Búsqueda activa de pacientes con alto riesgo de lesión a nivel institucional



Gráfico 52 Gráfico comparativo número de pacientes valorados por el programa de piel sana 2023-2024

Actividades de educación al paciente y su familia

Durante el 2024 se continuó haciendo participe del proceso de cuidado al paciente y su familia, en el último trimestre los temas de educación fueron administración de enoxaparina, recomendaciones de egreso, cuidados de piel y atención en paciente diabético, por medio una evaluación se validó la comprensión de la información brindada.

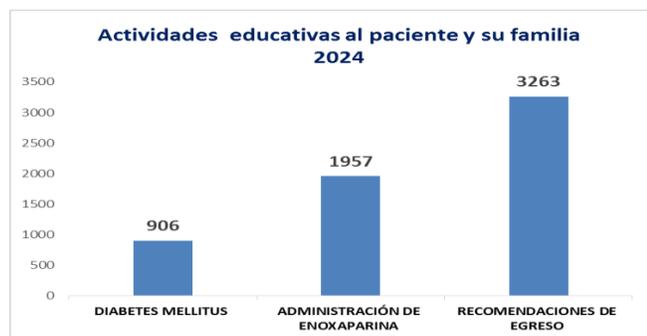


Gráfico 53 Actividades de educación al paciente

Actividades de educación continuada.

Se realizaron jornadas de capacitación mensual al personal asistencial en los EPM cumpliendo, con el 100% de lo proyectado para el 2024. Estas jornadas estaban dirigidas a camilleros profesionales y auxiliares de enfermería, en total se divulgaron 49 protocolos de enfermería generales, 13 de la unidad de cuidado intensivo neonatal, 14 de la unidad de cuidado intensivo adulto, 10 de ginecología y 11 dirigidos al grupo de camilleros. Se abordaron temas como: identificación del paciente, transfusión de hemocomponentes, riesgo de caídas, prevención y tratamiento de úlceras por presión, administración de medicamentos, humanización del cuidado, manejo de equipos biomédicos entre otros. De los temas divulgados se realizó evaluación de conocimiento, la calificación promedio para auxiliares de enfermería fue 4.3 y para profesionales 4.2



Gráfico 54 Cumplimiento cronograma de capacitación

Los EPM tuvieron una cobertura del 81% del personal citado, cumpliendo con la meta propuesta para este indicador cuyo resultado en 2023 estaba en 78%, esta mejora se logró gracias a la programación la cual se compartió con el personal asistencial, dejando en total 8 reuniones por mes ajustadas a las jornadas laborales.

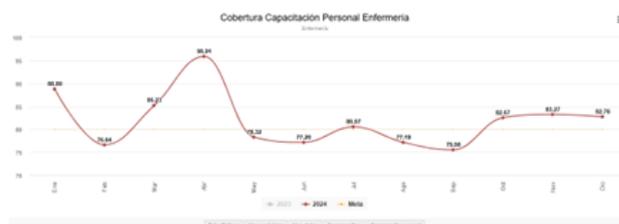


Gráfico 55 Cobertura capacitación personal de enfermería

Por otra parte, en cuanto a formación externa, más de 100 profesionales de enfermería realizaron el diplomado Gestión de la Calidad del Cuidado de Enfermería, con la Fundación Universitaria Juan N. Corpas y 50 auxiliares de enfermería realizaron el diplomado en administración en salud con Medised. Adicionalmente se creó un cronograma de simulacros de respuesta a código azul, la ejecución de este simulacro estuvo apoyada por la Escuela de Auxiliares de Enfermería San Rafael, en total se desarrollaron 8 simulacros en diferentes servicios, con una ejecución del 100% de lo programado.

Como institución y departamento de enfermería fuimos invitados por Mederi a participar como panelistas en el IX Congreso de Enfermería bajo el lema "La Gestión de la Tecnología en el Cuidado del Paciente", que se llevó a cabo los días 14 y 15 de noviembre de 2024 en el Centro de Convenciones Ágora.

Fidelización del personal

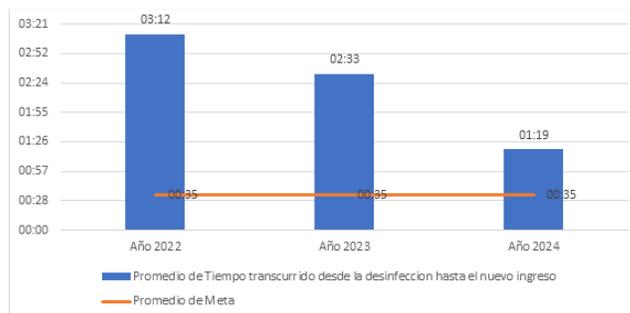
Desde el departamento de enfermería, continuamos enfocándonos en la retención de personal, ya que la alta rotación se ha identificado como uno de los mayores desafíos en la gestión de una cultura de mejora continua. En 2023, se registraron 286 solicitudes de vacantes, 57 más que en 2024, que reportó un total de 229. Esta reducción en las vacantes refleja un avance significativo en la fidelización del personal dentro del proceso de enfermería.

Adicionalmente, en 2024 se formalizó el proceso de inducción específica por cargo, el cual será revisado en 2025 por el nuevo director de talento humano para su posterior implementación, una vez aprobado. Este paso representa un compromiso con la mejora de los procesos de incorporación y fidelización del talento en el área.

Oportunidad ingreso del nuevo paciente a hospitalización.

Desde el Departamento de Enfermería, trabajamos continuamente para agilizar los procesos de movimiento de pacientes, especialmente en lo que respecta al traslado desde el servicio de urgencias hacia hospitalización. Con este fin, realizamos mediciones mensuales de los tiempos de egreso, con especial atención al intervalo entre la desinfección de la habitación y el ingreso del nuevo paciente. Este proceso depende en gran medida de la gestión de los profesionales de enfermería, quienes juegan un papel clave en la optimización de este tiempo.

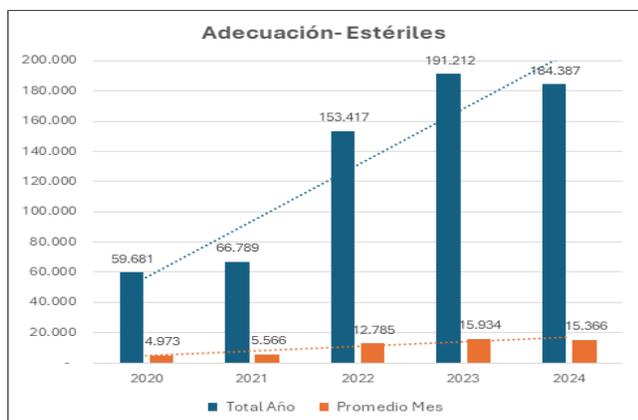
En la siguiente gráfica se muestra el comportamiento de estos tiempos entre los años 2022 y 2024. De cara al año 2025, este aspecto se ha identificado como uno de los principales retos en términos de mejora, con el objetivo de descongestionar el servicio de urgencias de manera más eficiente y, al mismo tiempo, mejorar la calidad de atención brindada a nuestros pacientes.



5.10. SERVICIO FARMACÉUTICO

Durante el año 2024 el servicio farmacéutico mantiene las condiciones certificadas de Buenas Prácticas de Manufactura de Aire Medicinal por parte del INVIMA, cumpliendo con el cronograma de revalidación del proceso de producción de Aire medicinal para la institución, se mantuvo la cobertura de las intervenciones farmacéuticas en busca del fortalecimiento en la seguridad del paciente durante el proceso de atención.

Dentro de los requerimientos normativos, aun con las dificultades de abastecimiento cursadas durante el año, se mantuvo la cobertura del sistema de distribución en dosis unitaria incluyendo los medicamentos estériles para adultos, en modalidad de dosis anticipadas, las dosis unitarias estériles para adultos con requerimientos especiales de antibióticos y constante para pediatría y neonatos, así como la adecuación de medicamentos para administración oral, a través de preparaciones magistrales en servicios pediátricos y neonatos, adicional se realiza actualización anual de la información técnica en la base de datos de estabildades de marcas propias, la priorización por riesgo en uso y por forma farmacéutica, con lo que se da cumplimiento normativo, lo cual se ratifica en visita de Inspección Vigilancia y Control en el mes de julio por parte del INVIMA.



Promedio adecuaciones medicamentos estériles por mes 2020 a 2024

Desde el servicio farmacéutico se analizan y verifican las prescripciones médicas, con un consolidado de fallas que se presenta al comité de farmacia y terapéutica, con estrategias en trabajo desde el año anterior, que conllevan a la generación del instructivo de correcta prescripción, sobre el cual se hace énfasis de seguimiento y capacitación con apoyo de los gestores médicos con lo que se logra durante el segundo semestre del año, mantener resultado promedio menor a la meta propuesta de 3.0, esto acorde a las limitaciones y parámetros del sistema de información actual y los acuerdos de servicio para dispensación y administración, con enfermería y servicio farmacéutico.

Durante el año se mantiene el proceso de conciliación de medicamentos con la intervención en capacitación, retroalimentación y seguimiento, por parte de uno de los químicos farmacéuticos del equipo, logrando llevar la medición de registro de conciliación de ingreso en promedio para 2024, así: servicio de urgencias adultos de un 65%, servicio de urgencias pediátricas 88%, servicio de ginecobstetricia 83% y urgencias de ortopedia 43%. Con la misma metodología de seguimiento, se obtuvo un registro adecuado promedio de conciliación de egreso de 76% para 2024.

Acorde a la mejora en la cultura de reporte, en farmacovigilancia, se mantuvo el promedio de número de reportes recibidos en el programa,

los cuales se analizan al 100%, generando intervención de acuerdo con los principales tipos de eventos o medicamentos que los generan, así como generando recomendaciones de uso institucionales, como por ejemplo para mezclas de potasio parenteral.

Se realizan los inventarios generales de cada farmacia sin novedades, ni superar diferencias del 0.5%, sobre los controles físicos y se tuvo al día la información interna sobre todas las alertas sanitarias relacionadas a medicamentos de uso en la institución, reportadas por el INVIMA y socializadas ante el Comité de Farmacia y Terapéutica, así como de desabastecimientos de interés.

5.11. GESTIÓN DE AUDITORIA MÉDICA

En el año 2024 se enfocó la auditoria concurrente en la revisión de la atención médica brindada a los pacientes en tiempo real, identificando oportunidades de mejora y tomando medidas correctivas de inmediato permitiendo:

- Mejorar la calidad de la atención médica: al identificar y corregir errores o deficiencias en tiempo real, se puede mejorar la calidad de la atención médica y reducir el riesgo de complicaciones o errores médicos.
- Reducir costos: al identificar y corregir errores o deficiencias en tiempo real, se puede reducir el costo de la atención médica y minimizar el desperdicio de recursos.
- Mejorar la satisfacción del paciente: al brindar una atención médica de alta calidad y responder a las necesidades del paciente de manera oportuna, se puede mejorar la satisfacción del paciente.

El sistema de salud colombiano enfrenta dificultades en términos de sostenibilidad financiera afectando el flujo de caja e impacto en la consecución de insumos, medicamentos, profesionales lo que produjo que el primer semestre de 2024 se presentara:

- Demoras en las programaciones quirúrgicas.
- Estancias prolongadas.
- Escalonamientos antibióticos injustificados.
- Perdida de continuidad en el manejo de algunos pacientes.
- Incremento de las glosas por pertinencia médica.

A partir de octubre de 2024 se presentan mejoras en los recursos evidenciándose llegada de los insumos y medicamentos permitiendo mejoras en el proceso de la atención, se direcciona la auditoria concurrente en la evaluación y toma de medidas correctivas de inmediato para impactar en la disminución de glosas.

| INDIC | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 | 2031 | 2032 | 2033 | 2034 | 2035 | 2036 | 2037 | 2038 | 2039 | 2040 |
|-----------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| RECEPCION | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Tabla 53 Aceptación de Glosa 2024 por tipificación.

| INDIC | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 | 2031 | 2032 | 2033 | 2034 | 2035 | 2036 | 2037 | 2038 | 2039 | 2040 |
|-----------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| RECEPCION | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Tabla 54 Subtipificación de glosa 2024

| MES | CONSOLIDADO 2023 | | CONSOLIDADO 2024 | |
|---------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | % GLOSA INICIAL/RADICACIÓN | % GLOS A ACEPTADA/TRAMITADA | % GLOSA INICIAL/RADICACIÓN | % GLOSA ACEPTADA/TRAMITADA |
| Enero | 7,3% | 5,9% | 14% | 13% |
| Febrero | 6,0% | 7,5% | 21% | 10% |
| Marzo | 5,3% | 10,3% | 22% | 7% |
| Abril | 3,3% | 6,4% | 23% | 11% |
| Mayo | 4,3% | 2,1% | 23% | 15% |
| Junio | 6,9% | 11,4% | 23% | 16% |

| | | | | |
|------------|-------|-------|-----|-----|
| Julio | 4,4% | 4,0% | 25% | 15% |
| Agosto | 7,2% | 4,5% | 17% | 18% |
| Septiembre | 4,6% | 11,1% | 17% | 17% |
| Octubre | 23,7% | 6,4% | 20% | 2% |
| Noviembre | 5,0% | 17,9% | 21% | 6% |
| Diciembre | 5,9% | 12,5% | 19% | 12% |
| Total | 7,0% | 8,3% | 20% | 12% |

Tabla 55 Comportamiento de glosas

En el área de cuentas médicas se evidencia un incremento del 13% de recepción de glosa inicial por parte del asegurador e incremento de la aceptación de glosa del 3.7% con respecto al año anterior debido a todas las causas expuestas anteriormente, donde el causal por pertinencia fue el más impactante, el cual se está realizando acciones de mejora en cada uno de los procesos proceso para impactar en el 2025 implementando un modelo de administración de glosas que permita no solamente gestionarlas, sino también identificar en donde se encuentran las fallas para establecer correctivos transparentes que se reviertan en el mejoramiento de los procesos de facturación, respuesta a glosas y recuperación de cartera, incrementar los excedentes y garantizar la razonabilidad de los estados financieros.



06. GESTIÓN TÁCTICA Y DE APOYO

GESTION TACTICA Y DE APOYO

6.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

En el año 2024, el área de Recursos Humanos se enfocó en:

- Homologar el proceso para todas las clínicas.
- Brindar la visión de equipo transversal a los miembros del proceso en todas las clínicas.
- Retomar control y autonomía del proceso.
- Facilitar la cohesión, relacionamiento y alineación estratégica del proceso.
- Hacer visibles pequeñas victorias en el desarrollo de los programas en SST, Bienestar, Cultura y Laboral.
- Gestionar las diferentes iniciativas para apoyar la acreditación.
- Poner en marcha los planes identificados como relevantes para el 2024 y 2025.

En el año 2024, se llevó a cabo la reorganización de varios procesos, y estandarización de otros, como se menciona a continuación:

6.1.1. ATRACCIÓN Y FIDELIZACIÓN

Para cierre de 2024 el porcentaje de rotación de colaboradores de Steward Health Care International Colombia fue del 2,1%, manteniéndose dentro de la meta.



Ilustración 2 Rotación por sede

En cuanto al modelo de competencias, se encuentra en estructuración el nuevo formato de perfil del cargo, que será útil y de fácil entendimiento durante el ciclo de vida del colaborador, en el cual se definieron las siguientes competencias:

Competencia Transversales

- Creatividad
- Actitud de servicio en salud humanizada con calidad y respeto
- Liderazgo e influencia
- Trabajo en equipo

Competencia Específicas de acuerdo con el cargo

- Curiosidad y aprendizaje continuo
- Pensamiento crítico
- Confiabilidad y atención al detalle
- Empatía y escucha activa
- Control de calidad
- Orientación al logro
- Adaptación al cambio
- Visión estratégica

Se gestionó el fortalecimiento de indicadores transversales para reporte y visualización en las herramientas de power BI y Business Intelligence basados en el ciclo PHVA.

Implementación del modelo de competencias Steward.

Definición Modelo de competencias Steward



Ilustración 3 Ciclo PHVA de RRHH.

Ilustración 4 Modelo de Competencias Steward

Logros más destacados que apalancaron los procesos a nivel nacional:

- Estandarización del correo electrónico único para los procesos de selección transversales trabajaconnosotros@stewardcolombia.org
- Estrategias de atracción de personal (videos de vacantes, ampliación de fuentes de reclutamiento (Indeed, grupos WhatsApp, planes referidos, Instagram).
- Levantamiento y actualización de perfiles de cargo; HUCSR 290 perfiles avance del 86%, Centenario 128 perfiles avance del 85%, Popayán 72 perfiles avance del

85%, Nevados 70 perfiles avance del 82%.

- Implementación del protocolo y código de vestuario para fortalecer nuestra imagen corporativa.
- Se implementó el folleto del código del buen vestir en el proceso de contratación.
- Posicionamiento de marca empleadora a través de las redes sociales LinkedIn
- Implementación de base de datos de la trazabilidad de reclutamiento.
- Alineación del formato de entrevista de jefe inmediato con las competencias organizacionales.
- Actualización de la carta de agradecimiento a los colaboradores y candidatos en su proceso de participación.

Programa pre-pensionados

Se diseñó el Programa de pre-pensionados, con el objetivo de realizar acompañamiento a nuestros colaboradores en etapa de pre-pensión y próximos a pensionarse, en el fortalecimiento de su proyecto de vida, a través de cambios en su rutina, mediante la importancia del autocuidado, manejo adecuado de las finanzas y resignificación de vínculos familiares y sociales, todo esto apalancado con nuestros aliados estratégicos.

6.1.2. NÓMINA Y BENEFICIOS

Durante el año 2024 se avanzó en:

- Automatización del aplicativo Self – Service con Kactus en la gestión de radicación de novedades, con un 50% de avance en HUCSR.
- Estandarización del equipo de nómina y centralización del proceso en Bogotá.
- Gestión transversal e integración de los equipos de trabajo de las Clínicas dada la apertura y crecimiento del recurso humano.
- Estandarización del reporte consolidado para la VP de Recursos Humanos con

información de variaciones mensuales de planta y gasto de personal.

- Cumplimiento con las fechas establecidas por el área de contabilidad a la entrega del cierre de la nómina.
- Optimización gasto de personal.

6.1.3. GESTIÓN DEL CAMBIO Y CULTURA

Con la finalidad de fortalecer el proceso de gestión del cambio y cultura, se estructuró el Modelo de Transformación Cultural de Steward Health Care International Colombia para acompañar los procesos de adaptación y transición y asegurar comportamientos que permitan la alineación con el cumplimiento de las metas de las empresas del grupo.

El proceso de Gestión del Cambio Corporativo tiene un rol decisivo como impulsor de los procesos de transformación de Steward Health Care International Colombia; para ello, se definió una metodología de acompañamiento a proyectos estratégicos de impacto organizacional.

Durante el año 2024, se desarrollaron de forma transversal en todas las instituciones del grupo, iniciativas que apuntaron a fortalecer las dimensiones con resultados más bajos en la encuesta de índice felicidad.

Actividades cultura

1. “ADN del buen trato”

| | |
|-----------------------|-----|
| Satisfacción promedio | 4,5 |
|-----------------------|-----|



Ilustración 5 ADN del Buen Trato

2. Promotores de cambio

La activación de la Red de Promotores de Cambio es una estrategia de Bienestar que busca generar comunicación efectiva y ágil en todos los niveles de las Clínicas pertenecientes a la red de Steward Health Care International Colombia.

Al cierre de 2024, la red de clínicas contaba con 239 promotores, de los cuales 104 hacen parte del equipo de enfermería; se espera para 2025 aumentar la cifra. La estrategia de Promotores de cambio se enfoca en los siguientes frentes:



Ilustración 6. Estrategia promotores de cambio

3. Escuela de liderazgo inspira

Participantes: 85 líderes de HUCSR y Centenario, para una cobertura del 94% y una satisfacción del 4,6.

4. Feria del conocimiento

Participantes: 958 a nivel nacional, para una cobertura del 31% de la planta activa a nivel nacional y una satisfacción del 4,8.

5. Responsabilidad social empresarial

Creación de la Política y del Programa de Responsabilidad Social Empresarial, despliegue de la encuesta de conocimiento en iniciativas de RSE.

Se inició la participación en las clínicas a nivel nacional en el comité de sostenibilidad en salud, del cual hacen parte las principales clínicas de Colombia.

6. Modelo de evaluación del desempeño

Iniciamos en el 2024 la plataforma de desempeño la cual consta de dos ítems, medición de competencia blanda y cumplimiento de objetivos por indicadores, con el ánimo de apuntar a una evaluación objetiva se inició la preparación y entrenamiento de los principales líderes de las clínicas en la metodología de las 5 disciplinas, durante este tiempo se desplegaron 3 de las 5 disciplinas a través de un proceso de capacitación de los líderes con el acompañamiento de la firma de consultoría ODEI.

7. Laboratorios de cultura

Despliegue del Programa de Responsabilidad Social Empresarial "Haciendo la Diferencia"

8. Programa humanizando el cuidado

- **ASISTENCIA ESPIRITUAL AL PACIENTE Y SU FAMILIA**

De cara al paciente y su familia se realizan un total de 16.522 visitas a pacientes identificados. El indicador de satisfacción del programa de acuerdo con la meta establecida superior a 4 es del 100%.

- **CODIGO LILA**

Se realizaron 259 acompañamientos a pacientes en etapa final de vida. El indicador de satisfacción con calificación superior a 4 es del 87%.

- **ENTREGA DE ELEMENTOS DE ASEO**

Se entregaron 873 apoyos a población de escasos recursos identificados. 10023 pañales, 228 kits de aseo, 72 pijamas.

- **ASESORIA EXEQUIAL HUMANIZADA**

Se realizaron 872 acompañamientos a la fecha, desde la intervención de apoyo en pre duelo y entrega de paciente fallecido. El indicador de satisfacción con total de 5/5 indicando excelencia en la intervención.

Actividades de bienestar y calidad de vida

A continuación, se describen las actividades de Bienestar desarrolladas en el Steward Health Care International Colombia en el último trimestre del 2024.

- Día del médico: Cobertura 69%, satisfacción 4.7.
- Quinquenios: Cobertura 93%, satisfacción 4.8.
- Obsequios a los colaboradores fin de año: Cobertura 91%, satisfacción 4.5.

- Obsequios a hijos de colaboradores: Cobertura 89%, satisfacción 4.7.
- Cenas navideñas en turnos nocturnos de 24 y 31 de diciembre: Cobertura 100%, satisfacción 5.0.

6.2. SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO (SST)

Cumplimiento Estándares Mínimos SG-SST 2024

Resultado de la autoevaluación de estándares mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de acuerdo con la Resolución 0312 de 2019: El 26 de enero del 2024 se realizó la autoevaluación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo con base en los estándares mínimos establecidos por el Ministerio del Trabajo en la Resolución 0312 de 2019, obteniendo un porcentaje total de cumplimiento del 100%, clasificando el sistema en una valoración superior.

Ausentismo 2024

Se creó una herramienta, a través del área de Inteligencia de Negocios, para la consolidación, seguimiento y análisis del comportamiento de ausentismo de la clínica, lo cual permite realizar una intervención en las áreas con mayor índice de ausentismo.

Consolidación del SG-SST

Se creó la herramienta para consolidar indicadores SST a nivel nacional, facilitando la visualización de los resultados en cada una de las sedes. Se estableció el monitoreo de cuatro (4) indicadores (Accidentalidad, Ausentismo, Plan de Trabajo, Capacitación), en la Ilustración No.7 se presentan datos del HUCSR.

Logros 2024.

- Logramos mantener nuestros resultados de Ausentismo Laboral, por debajo de la meta de 3.0% durante todo el año.
- Se realiza el 100% del seguimiento individual a casos con fuero de salud relación ausentismo
- Intervención Riesgo Biológico: Diagnóstico Integral áreas críticas a nivel nacional.
- Elaboración de Guías de Trabajo Seguro: Toma de laboratorios, Glucometría, Administración de Medicamentos, Canalización de pacientes.
- Intervención al Riesgo Biológico: Se supera la meta establecida > 75% a nivel nacional.
- Acompañamiento y Homologación de Asesores: Consolidando su intervención con acompañamiento presencial y virtual de manera transversal.
- Cuestionario SINTOMATOLOGIA DME: Nevados 94.39%, Popayán: 93.2%, Centenario: 93.9%, HUCSR: 80%.
- Estrategia Gimnasia Laboral: Estructuración de material semanal por cada clínica, para el desarrollo de actividades preventivas de forma alternada.
- Actualización e implementación del Programa Hábitos de Vida y Trabajo Saludable: Seguimiento IMC, consumo de sustancias psicoactivas, 100% de las clínicas.
- Implementación Programa 3R (Reincorporación, Reubicación y Readaptación): Se diseñan herramientas y se capacitan a profesionales responsables de SST, con el fin de replicar gestión y homologar documentación.
- Análisis e informe de Ausentismo en Salud Mental – Clínicas Grupo Steward.
- Asesoría, acompañamiento, capacitación, elaboración de formatos para el Comité de Convivencia Laboral CCL, a nivel Nacional.
- Acompañamiento y orientación técnica Estrategia piloto en Prevención Individual "Comunicación Asertiva", a nivel nacional.

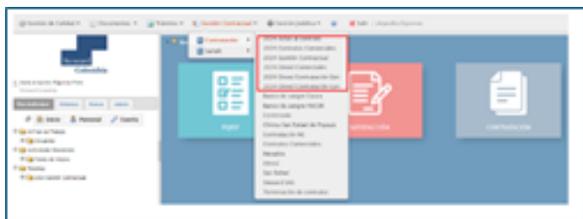


Ilustración 8 Sistema Almera

- Durante el año 2024 se efectuaron las correspondientes capacitaciones y socialización del manual de contratación en todas las clínicas y banco de sangre, para efectos de la divulgación se trabajaron piezas publicitarias como videos, capsulas informativas y folletos con la información más relevante para tener en cuenta durante el proceso contractual.

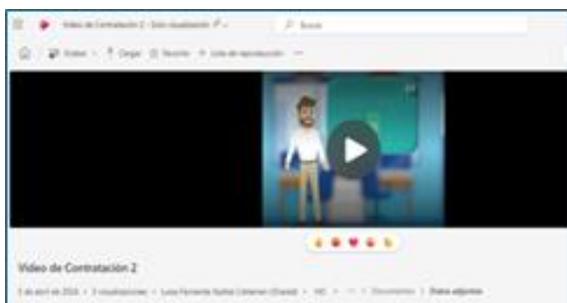


Ilustración 9 Video educativo sobre el manual de contratación

- Se realizó la actualización, estandarización y consolidación de formatos de los contratos que más se solicitan y proyectan en el grupo de Clínicas y Banco de Sangre, lo que ha contribuido a la generación de contratos de forma más expedita, asegurando que todos los contratos sigan la misma estructura y contengan las cláusulas estándar y políticas institucionales contenidas en el Manual de Contratación.
- En el transcurso del año 2024, se gestionó en la Clínica un volumen de 102 contratos y 56 otrosíes,, cumpliendo con el indicador de oportunidad de respuesta establecido para los requerimientos contractuales.

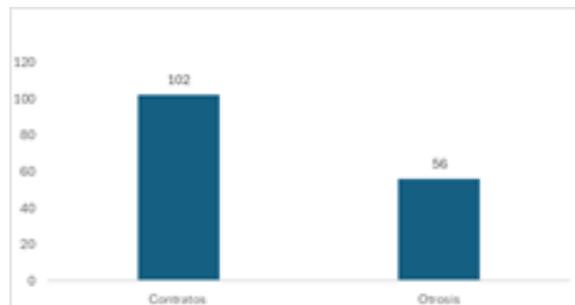


Gráfico 56 Gestiones tramitadas

Indicadores

- RQS Atendidos Oportunamente- Asuntos Contractuales



Objetivo del indicador: Medir la efectividad en el tiempo de respuesta para que los requerimientos sean atendidos dentro del tiempo establecido *Tiempo ideal =<3

- ✓ Meta alcanzar: 100%
- ✓ Mínimo tolerable del indicador : 100%

Gráfico 57 Indicadores Asuntos Contractuales

Proceso de Asuntos Judiciales:

El macroproceso de Asuntos Judiciales llevó a cabo la implementación de una estrategia de defensa integral, diseñada para proteger los intereses de la compañía en litigios judiciales y administrativos. Esta estrategia contempló la incorporación de herramientas tecnológicas y la optimización de procesos,

con el propósito de garantizar resultados favorables.

Es así como se logró contener el riesgo jurídico asociado a fallos desfavorables de acciones de tutela y la imposición de ordenes de desacato derivadas de estas, logrando obtener decisiones favorables que brindan a la organización eficiencias en el manejo de sus recursos y contribuir al logro de sus objetivos estratégico.

Actividades realizadas

- Implementación del módulo de procesos judiciales en ALMERA, mejorando la trazabilidad y la eficiencia de los casos.
 - Defensa efectiva en 56 procesos de responsabilidad médica, con resultados favorables en la mayoría.
 - Optimización de tiempos y costos mediante un sistema de rastreo para títulos judiciales.
 - Cobertura de gastos de defensa judicial a través de reaseguro en casos de responsabilidad médica.
 - Durante el año 2024 la clínica gestionó un total de 1133 mecanismos constitucionales.

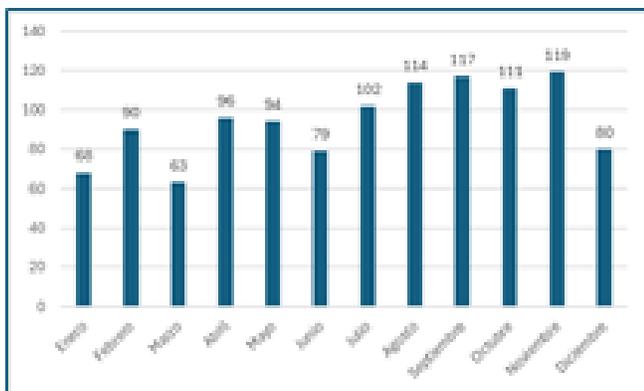


Gráfico 58 Tutelas Ingresadas 2024

Indicadores

Tutelas Atendidas Oportunamente

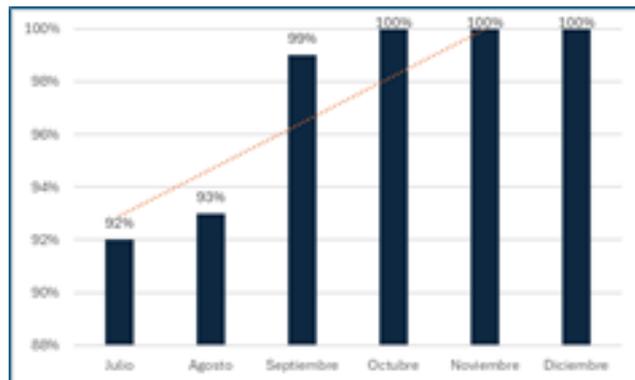


Gráfico 59 Indicadores Tutelas

Objetivo del indicador: Medir la efectividad en el tiempo de respuesta de las tutelas para que sean atendidas dentro del tiempo legal establecido, minimizando los riesgos para la institución

- ✓ Meta alcanzar: 100%
- ✓ Mínimo tolerable del indicador: 100%

- Total De Asuntos Judiciales Ganados/ Total De Fallos Generados En El Periodo

Objetivo del indicador: Velar por los intereses de la compañía, minimizando los riesgos legales de la institución

- ✓ Meta alcanzar: 90%
- ✓ Mínimo tolerable del indicador: 80%

Durante el año 2024 se profirieron 15 sentencias de primera y segunda instancia, obteniendo los siguientes resultados:

- Valor total de las pretensiones de los 15 procesos con sentencia:
COP \$ 10.703.126.654
- Valor dejado de pagar por las clínicas en virtud de los 15 fallos proferidos: COP \$ 10.697.964.938
- Valor pagado por condenas: COP\$ 5.161.716



Gráfico 60 Distribución de las eficiencias por tipo de proceso

Índice De Recuperación De Cartera

Objetivo del indicador: Velar por la sostenibilidad financiera de la compañía, buscando minimizar la pérdida de sus recursos.

- ✓ Meta alcanzar: 90%
- ✓ Mínimo tolerable del indicador: 85

Durante el año 2024 en la gestión legal de recuperación de cartera de Entidades Responsables de Pago ERP en liquidación, se logró recuperar una cuantía equivalente a COP \$27.307.924.991, aportando como resultado aumento en el flujo de caja de las clínicas, permitiendo el saneamiento de cartera con proveedores y contribuyendo a la sostenibilidad financiera de la organización en el largo plazo.

Proceso de Asuntos Corporativos:

Desde el macroproceso de asuntos Corporativos se garantizó la adecuada gestión, supervisión y control de los aspectos legales y corporativos claves de la organización mediante las siguientes acciones:

- Generación y supervisión de documentos corporativos: Control de registros públicos, estatutos sociales, libros de registro de accionistas, acuerdos de accionistas, así como actas de Juntas Directivas y Asambleas, entre otros.
- Contratos relevantes: Gestión y monitoreo de contratos estratégicos que son fundamentales para la operación de las

compañías que conforman el Holding, tales como contratos de endeudamiento, acuerdos con partes relacionadas, alianzas estratégicas, y aquellos de valor significativo.

- Supervisión de activos: Revisión y control de contratos relacionados con inmuebles, asegurando el cumplimiento de las obligaciones ante entidades fiscales y de planeación municipal, departamental y/o distrital.
- Renovación del programa de Seguros: Con la asesoría y acompañamiento del corredor de seguros se llevó a cabo la renovación del programa de Seguros de la Compañía. Esto representa la supervisión de los seguros corporativos para garantizar la cobertura adecuada y la protección de los intereses de la compañía.
- Acompañamiento en asuntos cambiarios y tributarios: Asesoría y supervisión estratégica en temas relacionados con el cumplimiento de normativas cambiarias y tributarias.

El objetivo principal es garantizar que las clínicas mantengan una actualización normativa integral en todos sus servicios, implementando políticas, procedimientos y protocolos alineados con los estándares legales. Esto se logra mediante la prestación de consultoría oportuna a las Gerencias y Direcciones de las clínicas, así como a las áreas involucradas en los comités legales e institucionales. Además, se promueve la capacitación del personal en temas medicolegales de relevancia, con el propósito de prevenir la materialización de riesgos asociados a la operación.

Actividades Desarrolladas:

- Se ha realizado acompañamiento a las distintas áreas y servicios de la clínica para la actualización de protocolos y/o procedimientos, ajustándolos a la normatividad legal vigente y/o generando unos nuevos para la estandarización e implementación de nueva normatividad.



Ilustración 10 Actualización de protocolos

- Se realizó la verificación las causas y servicios de las investigaciones administrativas y procesos de responsabilidad médica más cuestionadas, y con cada servicio indagar protocolos y rutas en caso de criticidad o emergencia funcional.
- Verificación de cumplimiento normativo en relación con el servicio farmacéutico e impactos ambientales. -Ley 1333 de 2009.
- Revisión con la dirección médica de los Protocolos y Guías médicas de mayor impacto.
- Abordaje a indicadores y causas de eventos por caídas e infecciones asociadas al cuidado de la salud.

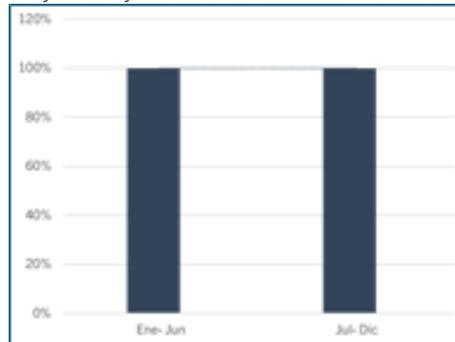
En el año 2024, dimos apertura a la publicación del Boletín: Conexión Legal, a fin de que el personal administrativo y asistencial tenga contacto con normatividad de interés.



Ilustración 11 Boletines Legales

Indicadores

Gráfico 61 Eficiencias- Contestación De Reclamos



Objetivo del indicador: Mediante este se busca medir la efectividad de la intervención realizada por el abogado a cargo que permite contener que dicho requerimiento se materialice en una demanda.

- Meta alcanzar: 90%
- Mínimo tolerable del indicador: 80%

Proceso de Cumplimiento:

SARLAFT-Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos y Financiación de Terrorismo

El Hospital Universitario Clínica San Rafael cuenta con el Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo, cumpliendo con las disposiciones legales emitidas a través de la circular 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional.

Considerando las exigencias señaladas por la Circular 009 de 2016 con periodicidad mensual y en cumplimiento a la fecha establecida, se presentaron los informes ante la UIAF dentro de los términos establecidos.

- Reporte de Operaciones Sospechosas o Ausencia de Operaciones Sospechosas
- Reporte de Transacciones Individuales y/o múltiples en efectivo – Procedimientos
- Reporte de Transacciones Individuales y/o múltiples en efectivo – Proveedores
- El Hospital Universitario Clínica San Rafael realizó 1650 consultas en listas restrictivas para evaluar personas naturales y jurídicas vinculadas o en

proceso de vinculación como usuarios, clientes, proveedores y colaboradores.

| Clinica | Contrapartes | N.o. consultas | Advertencias | Alto Riesgo |
|---------|--------------|----------------|--------------|-------------|
| HUCSR | Proveedores | 1006 | 242 | 1 |
| | Clientes | 216 | 26 | 0 |
| | Empleados | 429 | 26 | 2 |
| Total | | 1650 | 315 | 3 |

Gráfico 62 Detallan los resultados del periodo mencionado

Programas de Capacitación y Conocimiento LA/FT/FPADM

El Hospital Universitario Clínica San Rafael, para el año 2024 dentro del proceso de inducción realizó capacitación a 477 personas que ingresaron al HUCSR, quienes realizaron el curso SARLAFT en la plataforma PACO con nota de aprobación 10/10.

Adicional a lo anterior, se evidencia que, para el mes de mayo de 2024, se adelantó una feria de conocimiento para los colaboradores que tuvo un componente específico para SARLAFT de los cuales registran planillas de asistencia.



Ilustración 12 Feria del conocimiento

Por otra parte, dentro del seguimiento realizado al programa de capacitación, se evidencia la necesidad de establecer el cronograma de capacitaciones para el año 2025, se dará cumplimiento a las capacitaciones mediante correos masivos de forma trimestral con información específica sobre el SARLAFT, y la correspondiente inducción y reinducción mediante la plataforma PACO para todos los empleados de la clínica, con el fin de

profundizar en el componente SARLAFT y así generar una cultura a nivel de riesgos.

El programa educativo será un proyecto, que estima pueda ayudar a mitigar el impacto de materialización, de igual manera se adelanta la aprobación del manual para iniciar las capacitaciones con el material actualizado, con el objetivo de crear estrategias de divulgación para todos los grupos de interés.

Gestión de Riesgos

De acuerdo con la metodología de riesgos establecida por la organización para determinar el perfil de riesgos de LA/FT/FPADM, para lo corrido del año 2024 se reestructuró la metodología con el fin de unificar los sistemas de riesgos y dar cumplimiento a la normatividad vigente y los lineamientos de los entes de control en pro de la mejora continua.



Ilustración 13 Matriz de Riesgos



Ilustración 14 Metodología de riesgos

Requerimientos de Entes de Control

Para la vigencia del presente informe se recibió una encuesta de la Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de calificar las preguntas realizadas en el autodiagnóstico emitido por el Ente de control y que se realicen los ajustes correspondientes para futuras versiones del Autodiagnóstico.

Logros del Equipo Legal 2024

1. Actualización y aprobación del nuevo manual de contratación, asegurando que las políticas y procedimientos estén alineados con las normativas vigentes, permitiendo mejores prácticas.
2. Repositorio y custodia de los contratos suscritos de manera transversal por las clínicas garantizando su debida legalización, sus documentos soporte, autorizaciones, cadena de revisión, otrosíes y trazabilidad generada del proceso de revisión.
3. Se brindó apoyo al área comercial al organizar eficientemente el cargue en Almera de todos los contratos con aseguradoras vigentes para todas las compañías. Mejorando la gestión y seguimiento de los contratos, optimizando los procesos comerciales y asegurando que toda la documentación estuviera actualizada.
4. Estandarización y socialización mediante el manual de contratación de la figura del supervisor en el proceso de contratación.
5. Capacitaciones a las áreas internas de la Clínica del manual de contratación.
6. Mejoramiento en los tiempos de respuesta y gestión de las solicitudes de contratos.
7. Fortalecimiento de los procesos de validación de documentos como pólizas de seguros y certificados de existencia y representación legal.
8. Identificación en conjunto con las áreas técnicas de las causas de incumplimiento ambiental (vertimientos, emisiones atmosféricas y publicidad exterior).
9. Parametrización y seguimiento semanal a la cartera de las Clínicas con riesgo jurídico, creando escenarios de negociación con los proveedores para acordar compromisos de pago conforme al flujo de caja.
10. Se estructuraron protocolos claros y detallados para la unificación de las siguientes actuaciones: i) la presentación de demandas ii) contestación de demandas e investigaciones administrativas iii) y conciliaciones; lo que ha permitido agilizar los tiempos de respuesta, mejorar la calidad de las decisiones y asegurar el cumplimiento de los requisitos normativos en cada etapa de los procesos e investigaciones administrativas.
11. Se implementó un sistema de rastreo para hacer seguimiento a los títulos judiciales constituidos a favor de las clínicas en procesos judiciales, con el objetivo de mantener su control y posterior cobro en procura de obtener un
12. Impacto financiero positivo con su recaudo.
13. Optimización del aplicativo Almera en investigaciones administrativas: Se ajustó: 1) incluyendo información de estos asuntos que no se tenía, lo que ha permitido identificar: i) valores y fechas de pago de las sanciones impuestas ii) el acto administrativo sancionatorio iii) clasificar la vinculación de la clínica como investigado directo o indirecto, logrando que la información consignada sea detallada y fidedigna. 2) Se implementó un sistema de alertas de vencimientos de términos.
14. Se continuó con la depuración de cierre de investigaciones administrativas, por caducidad, generando control y minimización de riesgo en los procesos sancionatorios.
15. Optimización del aplicativo Almera en procesos judiciales: Se implementó el uso del módulo de procesos judiciales, lo que ha permitido: i) la conservación de la trazabilidad de las actuaciones del

proceso, ii) la eficiencia en el seguimiento y control del proceso.

16. Optimización del aplicativo Almera en tutelas: Se ajustó: 1) incluyendo información de estas acciones que no se tenía, lo que ha permitido: i) identificar y clasificar los anexos de las tutelas ii) clasificar las clínicas como accionado o vinculado, logrando conservar la trazabilidad de la documentación y que la información consignada sea detallada y fidedigna. iii) identificar el atributo de la calidad que podría estar siendo desconocido, lo que ha contribuido al sistema de gestión de calidad de las clínicas asegurando una mejora continua en los estándares y procesos de atención 2) Se implementó un sistema de alertas de vencimientos de términos.
17. Mediante un proceso de negociación con el Reaseguro de la póliza de Responsabilidad Civil Médica, se logró que la compañía aseguradora asuma los gastos relacionados con la gestión de la defensa judicial que se lleva "in house" en los procesos de responsabilidad médica que se promuevan en contra de las Clínicas.
18. Control y seguimiento a la consulta anual en listas cautelares dando alcance a verificación LA/FT/FPADM, Corrupción y Fraude de colaboradores por cada una de las clínicas de manera trimestral.
19. Definición y estructuración de metodología para la identificación, tratamiento, seguimiento y control de los riesgos institucionales, y la unificación de la matriz de riesgos.
20. Definición de metodología para la segmentación de los factores de riesgo, identificados en las clínicas.

Estado de cumplimiento de normas sobre propiedad industrial y derechos de autor

De acuerdo con lo establecido en el artículo 1 de la ley 603 de 2000, el informe de gestión debe contener la constancia sobre si la organización ha venido cumpliendo con las normas reguladas de la propiedad industrial y derechos de autor, frente a la cual tenemos que decir, que la Clínica, cumple con todos los parámetros establecidos en la norma antes mencionada, y todos sus equipos tienen el debido licenciamiento.

Transacciones con miembros de junta directiva y administradores

Las transacciones efectuadas con nuestros miembros de Junta Directiva y administradores durante el año 2024 se llevaron a cabo en estricto cumplimiento de la normativa aplicable, asegurando un trato equitativo al que se otorga a partes externas. Para una mayor transparencia, el desglose detallado de estas operaciones se ha incluido en las notas adjuntas a los estados financieros individuales presentados en este informe.

6.4. SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL

El Subsistema de Administración de Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF), tiene como objetivo la prevención y control que deben implantar los Agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), para mitigar los riesgos de corrupción, opacidad y fraude, de conformidad con lo establecido en la Circular Externa No. 005- 5 de 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, en la cual se estableció que las personas jurídicas vigiladas por este ente deben cumplir como mínimo con la identificación de los riesgos, estableciendo para ello metodologías para la segmentación, de igual forma deberán instaurar los mecanismos de evaluación y medición de los riesgos.

De igual forma, la norma en mención establece en el numeral 5.2.3.5.3, las funciones del Oficial de cumplimiento o

persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF, de las cuales se resalta: - “(..) Presentar un informe periódico, como mínimo semestral, a la Junta Directiva y al representante legal, sobre la evolución y aspectos relevantes del SICOF, incluyendo, entre otros, las acciones preventivas y correctivas implementadas o por implementar y el área responsable.”

En ese entendido, y con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en la norma, por medio del presente me permito suministrar la información correspondiente del periodo comprendido entre el 01 de enero de 2024 a 30 de diciembre de 2024, sobre los resultados de implementación del Subsistema de Administración de Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF).

Gestión SICOF

Dentro de las validaciones realizadas se evidencia que, se presentaron ante la Junta Directiva para el año 2023 los documentos que conforman el Subsistema y que a continuación se enlistan:

- Manual del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude.
- Manual Programa de Transparencia y Ética Empresarial

Sin embargo, para este componente no se han realizado capacitaciones desde la implementación, conforme lo establecido en la Circular 005-5 de 2021, por lo que no se da cumplimiento en este componente a lo requerido por el ente de control.

Canal Anticorrupción

En atención a lo establecido en la C.E 005-5 de 2021, en el numeral 5.2.3.8 se definió la línea de transparencia a través del correo lineatransparencia@stewardcolombia.org a través del cual se recibirán las denuncias por posibles actos de corrupción.

Para el cierre del año 2024 En las verificaciones adelantadas, no se evidencian reportes a través de la línea de transparencia que puedan dar cuenta de actos de corrupción o conductas similares; la información recibida a través de esta línea en un 100% correspondió a notificaciones de acciones de tutela, quejas, peticiones, requerimientos de los pacientes.

Reportes internos y externos

Para el periodo de análisis se recibió auditoría interna, relacionado con el componente de SICOF y se relacionaron hallazgos que dan cuenta de la necesidad de implementación de planes de acción. A la fecha del presente informe se trabaja en la actualización del Manual, y la definición y estructuración de los controles que permitan mitigar el impacto en caso de materialización de los riesgos asociados a SICOF.

Gestión de Riesgos.

De acuerdo con la metodología de riesgos establecida por la organización para determinar el perfil de riesgos de COF, se identificaron 37 riesgos relacionados con Corrupción Opacidad y Fraude, con el siguiente perfil de riesgo:

| IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO | | RIESGO INHERENTE | RIESGO RESIDUAL |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| NRO. DEL RIESGO | DESCRIPCIÓN DEL RIESGO | ESCALA NIVEL DEL RIESGO | ESCALA NIVEL DEL RIESGO |
| R1 | Realizar pedidos no autorizados o a proveedores no aprobados en el comité, obteniendo beneficio propio y/o para el tercero | Extremo | Bajo |
| R2 | Ofrecer o recibir dádivas de terceros para la asignación de contratos y/o licitaciones | Extremo | Alto |
| R3 | Otorgar contratos a contrapartes que no cumplen los lineamientos establecidos por el Hospital, obteniendo un beneficio propio | Extremo | Moderado |
| R4 | Beneficiar al profesional de la salud a través de otorgamientos de honorarios no reales o acordes a la prestación de sus servicios | Extremo | Bajo |
| R5 | Favorecer proyectos, adquisiciones y contratación de proveedores en los resultados de las evaluaciones financieras | Extremo | Bajo |
| R6 | Beneficiar empleados, a través del manejo inadecuado de las mallas de turno, horas extras, turnos y horarios, en beneficio del tercero | Extremo | Bajo |

| | | | |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------|
| R7 | Favorecer terceros o empleados en el desacato de las disposiciones judiciales, fiscales, disciplinarias que afecten la marca y buen nombre del hospital | Extremo | Bajo |
| R8 | Expedir certificaciones laborales con información ajustada a intereses del colaborador solicitante. | Extremo | Bajo |
| R9 | Realizar la evaluación de desempeño ajustada a intereses propios o de terceros para garantizar o no la continuidad de un colaborador. | Extremo | Bajo |
| R10 | Contratar personal con información adulterada, e involucrada en acciones de fraude y corrupción | Extremo | Bajo |
| R11 | Manejar inadecuadamente la información sensible de todo el hospital y sus unidades de negocio, con el fin de beneficio propio (venta) | Extremo | Bajo |
| R12 | Aprobar bajas y/o averías de medicamentos equipo biomédico sin cumplir con el lleno de lineamientos establecidos por el hospital | Extremo | Bajo |
| R13 | Manejar, modificar y alterar los movimientos de inventarios de medicamentos, con el fin de obtener beneficios propios o de un tercero | Extremo | Bajo |
| R14 | Administrar inadecuadamente los activos fijos que se tiene bajo custodia, con el fin de tener una ganancia personal y en detrimento de patrimonio del hospital | Extremo | Bajo |
| R15 | Mantener partidas de anticipos pendientes de legalizar, que afecten o vayan en detrimento patrimonial | Extremo | Bajo |
| R16 | Incluir pasivos inexistentes, o gastos no autorizados con el fin de obtener beneficios a título personal | Extremo | Bajo |
| R17 | Realizar dobles registros de obligaciones de un proveedor para pago, cuyo beneficio sea propio o para el tercero | Extremo | Bajo |
| R18 | Cambiar los datos de los beneficiarios autorizados para generar desviación de recursos proveedores y empleados | Extremo | Bajo |
| R19 | Ofrecer o recibir dádivas de terceros para la asignación de proyectos e investigaciones | Extremo | Bajo |

| | | | |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------|
| R20 | Manejo inadecuado de información sensible de las investigaciones e información que se requiere para ellos | Extremo | Bajo |
| R21 | Manejar inadecuadamente el inventario de equipos e insumos adquiridos para la realización de los proyectos tanto educativos como de salud | Extremo | Bajo |
| R22 | Incurrir en doble afectación de póliza para los equipos en comodato, los cuales están asegurados por el Hospital y por el proveedor | Extremo | Bajo |
| R23 | Mantener proveedores, o concentrar servicios en proveedores (mantenimiento, calibraciones, obra, mobiliario), beneficiando su contratación aún sin cumplir con los lineamientos o necesidades del negocio | Extremo | Bajo |
| R24 | Manejar inadecuadamente la información sensible de las historias clínicas de los pacientes | Extremo | Moderado |
| R25 | Apropiar indebidamente los dineros recibidos por conceptos errados, y que se tienen designados para devolución | Extremo | Bajo |
| R26 | Recaudar intencionalmente dinero no acorde a las tarifas (copagos y moderadoras) definidas en los contratos y/o convenios | Extremo | Bajo |
| R27 | Omitir registro de donaciones recibidas, afectando la información real de los estados financieros | Extremo | Bajo |
| R28 | Administrar o manejar inadecuadamente los títulos valores y/o efectivo del Hospital (cheques, pagarés), permitiendo el detrimento patrimonial del mismo | Extremo | Moderado |
| R29 | Hackear la plataforma de pago de la compañía por parte de un tercero que posibilite el acceso a los recursos financieros. | Extremo | Bajo |
| R30 | Generar provisiones, que no se requieran, afectando la situación real de los estados financieros | Extremo | Bajo |
| R31 | Aceptar y/o conciliar glosas que cumplen con las características de negociación y van en detrimento patrimonial | Extremo | Bajo |
| R32 | Manejar inadecuadamente la información sensible de casos que se trabajen en el área | Extremo | Bajo |

| | | | |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------|
| R33 | Realizar negociaciones o transacciones que afecten patrimonialmente al hospital | Extremo | Bajo |
| R34 | Desacatar las disposiciones judiciales, fiscales, disciplinarias por intereses propios y/o favorecimiento de un tercero | Extremo | Bajo |
| R35 | Establecer convenios con aseguradoras, que no beneficien la rentabilidad y mantenimiento del hospital, más si al tercero | Extremo | Bajo |
| R36 | Manejar, modificar o eliminar información sobre tarifas, cotizaciones y/o fichas de negociación, en beneficio propio y/o de un tercero | Extremo | Bajo |
| R37 | Establecer negociaciones con tarifas no acordes a lo permitido (sub o sobre valoradas) acorde a las características del mercado | Extremo | Bajo |

Tabla 56 Mapa de Calor

Mapa de Calor A continuación, se presenta el mapa de calor de acuerdo con las actividades realizadas de evaluación y medición de los riesgos, que permite establecer el perfil de riesgo de COF: Riesgo inherente:

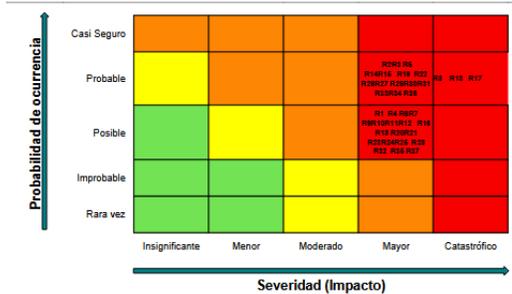


Gráfico 63 Riesgo Inherente

Riesgo Residual:

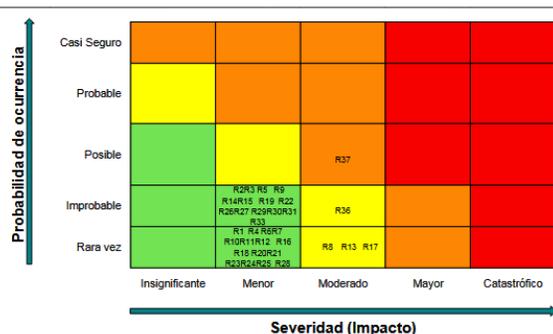


Gráfico 64 Riesgo Residual

Dentro del trabajo de actualización de metodología de gestión de riesgos, se presentó propuesta a la presidencia de la metodología la cual fue aprobada y a continuación se relaciona:

| Criterio impacto | Impacto Inherente | | | | |
|------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Pérdidas en Salud | Pérdidas Operativas | Pérdidas Financieras | Requisito de Habilitación | |
| | 30% | 30% | 20% | 20% | |
| Inferior | 1 | Los resultados de la organización no exponen la integridad, la salud y bienestar de los usuarios | No afecta la oportunidad de la información, ni la gestión de los procesos. No hay interrupción en las operaciones | Corresponde a un impacto menor al 2% de la utilidad neta después de impuestos al cierre del ejercicio anterior. | No genera sanciones económicas y/o administrativas. No es requisito de habilitación |
| Menor | 2 | Los resultados de la organización exponen de manera potencial la integridad, la salud y bienestar de los usuarios | No afecta la oportunidad de la información de manera significativa, con interrupción de las operaciones hasta 8 horas. | Corresponde a un impacto mayor o igual al 2% y menor al 5% de la utilidad neta después de impuestos de la organización al cierre del ejercicio anterior. | Cumplimiento parcial de los requisitos de habilitación, que generan requerimientos por parte de los entes de control |
| Importante | 3 | Requerimientos administrativos asociados con los resultados que impactan la integridad, la salud y bienestar de los usuarios | Afecta la oportunidad y disponibilidad de la información de manera significativa, lo que ocasiona interrupción de las operaciones de hasta 12 horas. | Corresponde a un impacto mayor o igual al 5% y menor al 10% de la utilidad neta después de impuestos de la organización al cierre del ejercicio anterior. | Proceso de seguimiento por parte de los entes de control, por incumplimiento de algunos de los requisitos establecidos para la habilitación |
| Mayor | 4 | Vinculación formal a procesos administrativos sancionatorios asociados con los resultados que impactan la integridad, la salud y bienestar de los usuarios | Pérdida de información crítica de la entidad o de terceros que no se pueda recuperar fácilmente y que ocasiona interrupción de las operaciones entre 12 a 24 horas | Corresponde a un impacto mayor o igual al 10% y menor al 18% de la utilidad neta después de impuestos de la organización al cierre del ejercicio anterior. | Sanciones económicas por incumplimiento de las normas establecidas para los requisitos de habilitación |
| Superior | 5 | Sanciones por parte de entes de control por inadecuada gestión que impacta negativamente los resultados de salud y que exponen de manera crítica la integridad y bienestar de los usuarios | Pérdida de información crítica de la entidad o de terceros que no se pueda recuperar y que ocasiona interrupción de las operaciones por más de 24 horas | Corresponde a un impacto superior al 18% de la utilidad neta después de impuestos de la organización al cierre del ejercicio anterior. | Cierre de operaciones por impacto que afecte la imagen de la entidad negativamente relacionada con prácticas inseguras incumpliendo con los estándares de habilitación |

Criterio probabilidad

| | Frecuencia | Ocurrencia |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Muy Baja | Es raro que se presente este evento, podría ocurrir 1 vez al año | El evento de Riesgo puede ocurrir en menos del 0,0092% de los terceros totales de la Entidad |
| Baja | El evento podría ocurrir por lo menos una vez al semestre | El evento de Riesgo puede ocurrir entre el 0,0092% y el 0,0654% de los Terceros totales de la Entidad |
| Moderada | El evento podría ocurrir por lo menos una vez al trimestre | El evento de Riesgo puede ocurrir entre el 0,0654% y 0,0943% de los Terceros totales de la Entidad |
| Alta | El evento podría ocurrir con cierta frecuencia (1 vez al mes) | El evento de Riesgo ocurrirá entre el 0,0943% y el 1,1190% de los Terceros totales de la Entidad |
| Muy Alta | El evento podría ocurrir con cierta periodicidad (más de 1 vez a la semana) | Se espera la ocurrencia del evento de Riesgo en más del 1,1190% de los Terceros totales de la Entidad |

Tabla 57 Metodología de Riesgos

Notificaciones y/o sanciones recibidas

Para el periodo analizado, no se recibieron sanciones por incumplimiento al SICOF

Conclusiones

Para el periodo analizado no se evidencian sanciones por entes de control y se trabaja en la constante mejora del proceso, con los ajustes correspondientes en los manuales y la demás documentación asociada al SICOF. Adicional a ello se trabaja en las actividades relacionadas en los planes de mejora para los hallazgos identificados en informe de auditoría interna.

6.5. GESTIÓN DE MANTENIMIENTO E INFRAESTRUCTURA

Durante el año 2024, el área de mantenimiento e infraestructura, ha logrado avances significativos en operación y desempeño, en consonancia con nuestros objetivos estratégicos, garantizando que las instalaciones y equipos hospitalarios estén en óptimas condiciones de funcionamiento, seguridad y conformidad con las normativas vigentes, mediante la implementación de programas de mantenimiento preventivo y correctivo, y la planificación y acompañamientos de proyectos de infraestructura, con el fin de proporcionar un entorno seguro, eficiente y confortable que apoye la calidad de la atención médica y el bienestar de pacientes, visitantes y personal.

Como líder del ambiente físico se participó en la actualización de:

Política de ambiente Físico

Describiendo los lineamientos para proporcionar un ambiente físico que promueva la humanización en salud, garantizando la atención centrada en el paciente, el bienestar de los trabajadores de la salud y la calidad de la atención.

Manual de Ambiente Físico.

Entendiendo que el manejo del ambiente físico busca que los procesos institucionales y en particular los de atención del paciente, cuenten con los recursos físicos, tecnológicos y de infraestructura, con las características técnicas que respondan a las necesidades, y en especial que las condiciones del ambiente físico garanticen la protección en un ambiente humanizado al cliente interno y al cliente externo, se creó el Manual de ambiente físico. Con el objetivo de Describir los lineamientos que se deben tener en cuenta para el manejo seguro del ambiente físico con enfoque de riesgo y contribuir a la generación de una cultura institucional de los diferentes grupos de interés, cumpliendo con los más altos estándares de calidad.

Comité de Infraestructura

Con el objetivo de establecer un proceso sistemático y continuo para identificar, evaluar y satisfacer las necesidades de mejora del ambiente físico en el Hospital, garantizando que las instalaciones cumplan con los estándares de calidad, seguridad, accesibilidad y confort, se crea el comité de ambiente de infraestructura.

Divulgación del proceso del departamento de mantenimiento e infraestructura

Con el objetivo de la divulgación del proceso de mantenimiento e infraestructura se coordinó con comunicaciones la socialización de un instructivo para las solicitudes de

atención del área de mantenimiento para controlar y supervisar las órdenes de trabajo programadas, para brindar una adecuada atención para los servicios de la clínica.

Durante el primer semestre del 2024 se ha participado en obras menores y en proyectos como la puesta en funcionamiento de la nueva planta eléctrica de 350 kva con el acompañamiento de CBRE, relevante para garantizar una suplencia segura equilibrando la cargabilidad, demostrando organización, liderazgo y planeación con las diferentes áreas; dando prioridad a las áreas críticas por la complejidad de las actividades, situación que se vio reflejada en la no generación de eventos adversos durante el desarrollo de estas.

Se realizaron obras menores de infraestructura durante al año 2024 el mantenimiento general a 83 habitaciones de hospitalización, de las que siete (7) del 2do piso, veintitrés (23) del 5to piso, veintiuno (21) del 6to piso, dieciséis(16) del 7mo piso y dieciséis(16) del 8vo piso, se intervinieron por fallas en la infraestructura con afectación en la operación de los pisos inferiores, una barrera importante que afecto el avance en las obras menores proyectadas y en el cumplimiento de los programas de mantenimiento tanto de la infraestructura como en los equipos de apoyo hospitalario fue el bloqueo por la mayoría de nuestros proveedores por la cartera vencida e incumplimiento de los compromisos de pago, Sin embargo las intervenciones realizadas además de mejorar la infraestructura le aportaron avances a las acciones de mejoras definidas en planes tanto de acreditación, de habilitación, de auditorías externas como de entes internos de control

Entre las intervenciones destacadas están, el mantenimiento general a los auditorios del 8vo piso A y B, el mantenimiento general al área de patología, los prediseños para el área de laboratorio de patología para cerrar los hallazgos dejados en visita de calidad compensar, compromiso en etapa de

evaluación, las intervenciones a las habitaciones.

Por otro lado, se participó en el plan de mejoramiento para abordar los hallazgos identificados durante la visita de seguimiento y control realizada por la Secretaría de Salud a la HUCSR en el mes de enero, con el objetivo de obtener el certificado higiénico sanitario. En el mes de abril, se cumplió 100% con el cierre de los hallazgos dejados, y durante la visita de seguimiento la Secretaría de Salud se otorgó un concepto higiénico sanitario favorable, aunque con requerimientos adicionales. Esto generó un nuevo plan de mejoramiento, el cual fue cumplido en su totalidad en el mes de julio, siendo evaluado en la visita de seguimiento que realizó la secretaria de salud en el mes de diciembre, donde nuevamente se nos otorgó un concepto higiénico sanitario favorable con requerimientos adicionales, con fecha de cierre enero 30 del 2025.

Asimismo, se participó en el plan de mejoramiento para la visita de seguimiento y control de la Secretaría de Salud en el área de consulta externa, realizado en abril, logrando un concepto higiénico sanitario favorable sin requerimientos.

Proyectos de infraestructura

Durante el primer semestre del año 2024, se realizó un acompañamiento y seguimiento a:

Instalación y puesta en funcionamiento de la planta eléctrica

Se participó en las etapas de adecuaciones civiles y eléctricas para la puesta en funcionamiento de la planta eléctrica de 350 kva, con el objeto de brindar una autonomía y seguridad eficiente a las instalaciones de respaldo de la HUCSR, proyecto culminado en el mes de marzo.

Adecuación de la infraestructura del archivo de área de gestión documental

Se participó en el pre diseño, adecuación civil y eléctrica del archivo del área de gestión documental, ubicado en la zona del parqueadero, con el objetivo de garantizar la operación de custodia documental en un ambiente seguro.

Instalación y puesta en marcha bomba de vacío-vms.

En coordinación con el proveedor Messer, se programó el plan de trabajo para la ejecución de las actividades de ingeniería requeridas para la instalación de un sistema backup de vacío VMS, dado que por las constantes fallas presentadas en el sistema integral de vacío en comodato, Meseer definió darlo de baja por obsolescencia técnica, ya que su overhaul superaba el valor del equipo, cancelando el contrato de comodato y planteando una nueva negociación para la instalación de un nuevo sistema de vacío VMS 400, con el objetivo de garantizar un funcionamiento eficiente, seguro y continuo del sistema de vacío en aplicaciones críticas, mejorando la productividad, la calidad del proceso, la seguridad operativa y el cumplimiento de estándares calidad.

A continuación, se relaciona los indicadores de gestión del área de mantenimiento, fundamentales para garantizar la continuidad de los servicios de salud, la seguridad de pacientes y personal, el cumplimiento de normativas, permitiendo medir el desempeño, optimización de los recursos, reducción costos, prevención de fallos críticos en equipos e instalaciones y mejorar la planificación de tareas.

Cumplimiento de mantenimientos preventivos de equipos

El promedio de cumplimiento del mantenimiento preventivo de equipos de enero a diciembre fue del 88,03 %, lo que indica en términos generales un nivel Aceptable. Un porcentaje alto dada las barreras por bloqueo de servicio por cartera vencida de los proveedores.

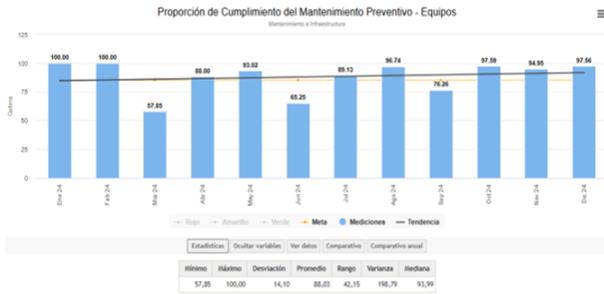


Gráfico 65 Proporción de Cumplimiento del Mantenimiento Preventivo

Cumplimiento de mantenimientos correctivo de equipos.

El promedio de cumplimiento del mantenimiento correctivo de equipos de enero a diciembre fue del 85,03 %, lo que indica en términos generales un nivel Aceptable. Un porcentaje alto dada las barreras por bloqueo de servicio por cartera vencida.

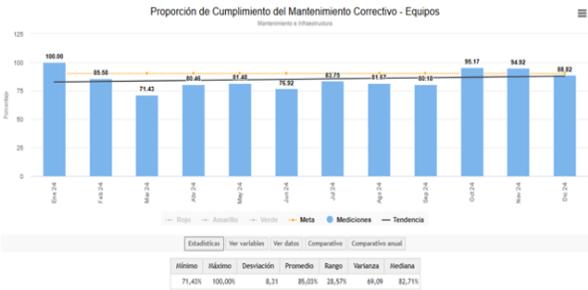


Gráfico 66 Proporción de Cumplimiento del Mantenimiento Correctivo

Cumplimiento de mantenimientos preventivos de infraestructura:

El promedio de cumplimiento del mantenimiento preventivo de la infraestructura en enero a noviembre fue del 90,84%, lo que indica en términos generales un nivel Satisfactorio. Dada las barreras por bloqueo de servicio por cartera vencida de los proveedores y falta de insumos

Cumplimiento de mantenimientos preventivos de infraestructura:

El promedio de cumplimiento del mantenimiento preventivo de la infraestructura en enero a noviembre fue del 90,84%, lo que indica en términos generales un nivel Satisfactorio. Dada las barreras por bloqueo de servicio por cartera vencida de los proveedores y falta de insumos



Gráfico 67 Mantenimiento Preventivo Infraestructura

Cumplimiento de mantenimientos correctivos de infraestructura.

El promedio de cumplimiento del mantenimiento correctivo de la infraestructura enero a diciembre fue del 75,88 %, lo que indica en términos generales un nivel Mínimo. Porcentaje dada las barreras presentadas por la dificultad de la entrega de los insumos para atender las solicitudes de servicio, así como el bloqueo de los proveedores de apoyo por cartera vencida.



Gráfico 68 Cumplimiento del Mantenimiento Correctivo

Porcentaje de órdenes realizadas oportunamente (en menos de 72 horas)

El promedio de cumplimiento de órdenes realizadas oportunamente durante enero a diciembre fue del 71,28 %, lo que indica en términos generales un rango Mínimo. por barreras presentadas por la dificultad de la entrega de los insumos para atender las solicitudes de servicio, así como el bloqueo de los proveedores de apoyo por cartera vencida.



Gráfico 69 Proporción de órdenes de trabajo realizadas

Seguimiento a Planes de Mejora

Los planes de mejora como herramientas estratégicas nos permiten identificar y establecen acciones específicas para solucionar problemas, optimizar procesos y alcanzar niveles más altos de calidad, eficiencia y desempeño en la organización.

Durante el año 2024 las diferentes auditorías externas, las auditorías de los entes de control internos de la HUCSR, las autoevaluaciones de cumplimiento normativo de acreditación y de habilitación, nos generaron un total de (75) setenta y cinco planes de mejora, con (462) cuatrocientos sesenta y dos acciones de mejora, con un % total promedio de cumplido del 24,46%.

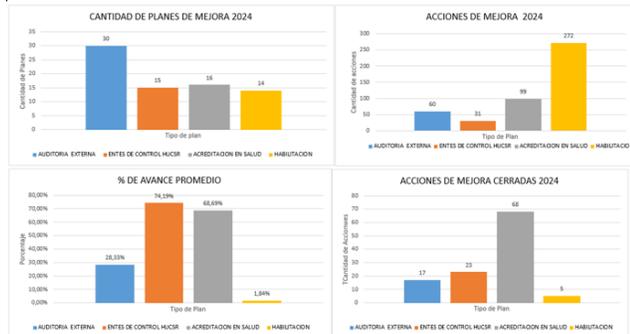


Gráfico 70 Resultados Planes de Mejora

Cumplimiento normativo de habilitación

Con objetivo de garantizar que la infraestructura del HUCSR cumpla con los requisitos normativos y estándares de calidad exigidos por las entidades reguladoras, la HUCSR desde el año 2017 inicio el compromiso de trabajar en su infraestructura, tal como lo muestra la línea del tiempo anexa



Gráfico 71 Cumplimiento normativo de habilitación

En la autoevaluación que realizo Calidad a los diferentes estándares de la HUCSR, arrojó que la infraestructura estaba dando un cumplimiento del 60%, tal como lo muestra los resultados presentados en el mes de julio del 2024.

| ESTANDAR | % CUMPLIMIENTO AUTOEVALUACIÓN AGOSTO 2023 | % CUMPLIMIENTO AUTOEVALUACIÓN JULIO 2024 |
|----------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------|
| TALENTO HUMANO | 67,1% | 74,0% |
| INFRAESTRUCTURA | 60,6% | 60,0% |
| DOTACIÓN | 97,0% | 99,0% |
| MEDICAMENTOS | 63,5% | 94,8% |
| PROCESOS PRIORITARIOS | 71,3% | 98,7% |
| HISTORIA CLINICA | 31,1% | 92,9% |
| INTERDEPENDENCIA | 85,7% | 74,0% |
| CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL | 68,1% | 84,8% |

Fuente: Instrumentos de Autoevaluación

Tabla 58 Resultados Autoevaluación

Tabla No. 1. mapa de calor distribuido por porcentaje de cumplimiento al estándar

| SERVICIO | INFRAESTRUCTURA 2024 | SERVICIO | INFRAESTRUCTURA 2024 |
|----------------------------------|----------------------|-------------------------------------|----------------------|
| AMESTESIA | 0% | LABORATORIO CLINICO | 71% |
| GASTROENTEROLOGIA | 0% | URGENCIAS PEDIATRICAS | 71% |
| NEUMOLOGIA | 0% | CUIDADO INTERMEDIO PEDIATRICO | 71% |
| NEUROLOGIA | 0% | UCI PEDIATRICA | 72% |
| ORTOPEDIA | 0% | SERVICIO FARMACEUTICO | 72% |
| OTORRINOLARINGOLOGIA | 0% | CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL | 72% |
| UCI ADULTOS 1 PISO | 49% | OPTALMOLOGIA | 72% |
| HEMOCROMIA | 53% | CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL | 74% |
| ATENCIÓN AL PARTO | 56% | HOSPITALIZACIÓN - DIALISIS | 74% |
| URGENCIAS ADULTOS | 57% | CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA | 74% |
| HOSPITALIZACIÓN 7 PISO | 59% | UCI ADULTOS 5 PISO | 75% |
| HOSPITALIZACIÓN 4 PISO | 59% | HOSPITALIZACIÓN 6 PISO | 77% |
| REHABILITACION CARDIACA | 60% | NEUROCIURGIA | 77% |
| HOSPITALIZACIÓN 8 PISO | 61% | IMAGENES DIAGNOSTICAS | 78% |
| HOSPITALIZACIÓN 7 PISO PEDIATRIA | 61% | PATOLOGIA | 78% |
| TERAPIAS | 64% | SERVICIO DE CIRUGIA | 79% |
| CUIDADOS INTERMEDIOS ADULTOS | 64% | HOSPITALIZACIÓN 2 PISO | 79% |
| CUIDADO BASICO NEONATAL | 65% | HOSPITALIZACIÓN 1 PISO | 79% |
| DIAGNOSTICO VASCULAR | 69% | SERVICIO PRETRANSFUSIONAL | 79% |
| UCI ADULTOS 3 PISO | 69% | QUIMIOTERAPIA | 85% |
| VACUNACIÓN | 69% | TOXA DE MUESTRA LABORATORIO CLINICO | 86% |
| | | CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL | 60,0% |

Fuente: instrumento de autoevaluación estándar de infraestructura

Tabla 59 Mapa de calor por cumplimiento al estándar

Programa de adecuación y cumplimiento

Siguiendo la directriz de la Dirección Administrativa, en el mes de agosto se desarrolló un plan de trabajo basado en la complejidad de las obras. Este plan se estructuró en tres fases: identificación de las áreas a intervenir, elaboración del presupuesto correspondiente y creación de un cronograma de trabajo.

Dicho plan fue presentado a la Secretaría de Salud con el objetivo de solicitar una prórroga para la visita de seguimiento de habilitación, la cual se llevó a cabo de manera exitosa.

Actualmente, estamos a la espera de la aprobación del presupuesto por parte de la Dirección de Steward.



Ilustración 15 Criterio de Intervención

Planeación de la Fase I



Ilustración 16 Planeación Fase 1

Cronograma-Fase I

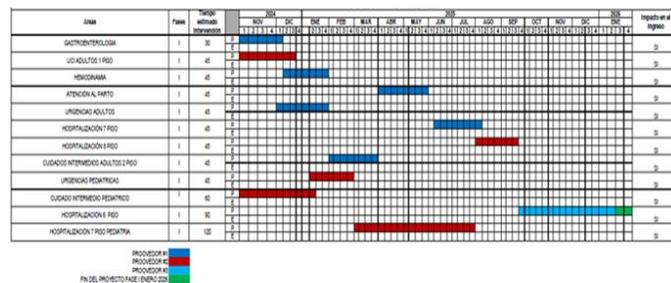


Ilustración 17 Cronograma Fase 1

6.4. GESTIÓN DE ACTIVOS FIJOS

Dando continuidad con el plan de mejoramiento se estructuró para el año 2020 una propuesta de activos fijos enfocada a su total depuración e identificación en el sistema, para tener una información y registro de los inventarios confiable y técnica, de fácil identificación, control y seguimiento. Y a partir de esta depuración generar una asignación, administración y control permanente, en interacción con las áreas. La propuesta introduce herramientas tecnológicas, enriquece los registros y controles que brinda el sistema de información SEVEN.

Todo este proceso se enfocó en permitir a las partes interesadas (Contabilidad/Ingeniería Biomédica/Mantenimiento/Tecnología e Informática entre otros) a tener información del pasado, seguir el presente y preparar el futuro de la PP y E (Propiedad Planta y Equipo), y tener control sobre estos para el desarrollo de sus procesos, tanto en requerimientos de soporte, como en el registro contable. Al 31 de diciembre del 2023 el módulo cuenta con 19.196 activos, comparados con los 17.333 activos del 2024.

Compras Activos

| Ingreso | Activos adquiridos año 2023 | | Activos adquiridos año 2024 | |
|----------------------|-----------------------------|---------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| | Nº de activos | Costo de adquisición 2023 | Nº de activos | Costo de adquisición 2024 |
| Compra | 1,312 | \$ 5,270,012,693 | 488 | \$ 3,455,110,010 |
| Comodato | 25 | \$ 970,220,391 | - | \$ - |
| Total general | 1,337 | \$ 6,240,233,084 | 488 | \$ 3,455,110,010 |

Tabla 60 Compras de Activos Fijos

Continuar con el proceso de mejora, en especial enfoque a:

- Fortalecer la socialización con el personal del HUCSR la política y manuales de activos fijos, para así fomentar una cultura de autocontrol y seguir optimizando todos los procesos establecidos por el HUCSR.
- Realizar la asignación total y formal de acuerdo con la metodología establecida de los activos en todas las áreas de la institución.

- Fortalecer los procesos de reporte de traslados de activos entre áreas.
- Lograr en su totalidad la implementación del proceso de inventarios e identificación por lectoras de código QR.
- Actualización anual del proceso toma inventarios con proyectos avalados por el área de TI.

6.6. GESTIÓN AMBIENTAL

A lo largo del año 2024, el área de gestión ambiental ha enfocado sus esfuerzos en cumplir con los lineamientos estratégicos y la normativa ambiental vigente.

Hemos trabajado de manera constante en la implementación y consolidación de prácticas sostenibles en todos nuestros servicios. Estas acciones reflejan nuestro compromiso con la mejora continua y la responsabilidad ambiental, garantizando que nuestras actividades no solo cumplan con los requisitos regulatorios, sino que también contribuyan al desarrollo sostenible de la organización. El presente informe ofrece una visión detallada de las actividades realizadas durante este período:

Gestión integral de residuos

Indicadores

Se cuenta con tres indicadores informativos con su respectiva ficha de indicador y tabulados en Almera:

- Porcentaje de generación de residuos aprovechables: En el periodo de enero a diciembre del año 2024 se tuvo una generación del 9,2% igual a 56.168 Kg del 100% de los residuos generados que fueron 608.039 kg.
- Porcentaje de generación de residuos no aprovechables: En el periodo de enero a diciembre del año 2024 se tuvo una generación del 33.2% igual a 201.998 Kg del 100% de los residuos generados que fueron 608.039 kg

- Porcentaje de generación de residuos peligrosos: En el primer cuatrimestre del año 2024 se tiene una generación del 57.6% igual a 349.873 Kg del 100% de los residuos generados que fueron 608.039 kg

Se cuenta con contrato vigente para la gestión externa de los residuos peligrosos con el proveedor ECOENTORNO que cuenta con licencia ambiental vigente para el tratamiento, y disposición final de los residuos peligrosos.

Residuos aprovechables

Se cuenta con alianza comercial con la cooperativa “El Porvenir” quienes realizan segregación en la fuente de los residuos aprovechables generados por la clínica, en el periodo de enero a diciembre el año 2024 se generaron 45.430 kg de aprovechables, por la venta de estos se tiene una cartera conciliada de \$10.598.408 pesos.

Inspecciones ambientales

Se cuenta con un indicador del porcentaje global de adherencia en manejo de residuos con su respectiva ficha de indicador y tabulados en Almera:

Durante el periodo de enero a diciembre del año 2024, se dio cumplimiento al cronograma establecido de rondas de adherencia de manejo de residuos con una cobertura de 90 áreas y/o servicios por mes, con adherencia de 86%. Los hallazgos con mayor frecuencia son canecas descompuestas e inadecuada segregación de residuos y la adherencia a los lineamientos de segregación de residuos cortopunzantes.

Programa de formación y capacitación

Durante el período de enero a diciembre de 2024, se cumplió con el cronograma de capacitaciones programadas. Se abordaron

dos temas principales: el manejo de residuos, con sesiones realizadas en marzo y septiembre, alcanzando una cobertura del 52%, y la capacitación en normatividad ambiental, llevada a cabo en julio de 2024, con una cobertura del 17%.

A pesar de las variaciones en la cobertura, reflejan un avance significativo en la sensibilización y formación del personal en temas claves de gestión ambiental, ya que es una nueva actividad. Para el próximo año, se continuará trabajando en la ampliación de la cobertura y en la optimización de los contenidos, con el objetivo de llegar a un mayor número de colaboradores y garantizar una mayor comprensión de la normativa y las prácticas ambientales, contribuyendo así al desarrollo continuo de la cultura ambiental dentro de la organización.

Campañas gestión ambiental

Durante el período de enero a diciembre de 2024, se cumplió con el cronograma de campañas de gestión ambiental programadas. Se abordaron 4 temas principales: Uso Eficiente de los recursos agua y energía, segregación adecuada de residuos (aprovechables, no aprovechables y no aprovechables), Residuos aprovechables (Reciclaje), y campaña solidaria con el medio ambiente que consistió en siembra árboles, teniendo como principal objetivo educar al cliente interno y externo hacia prácticas más sostenibles y de responsabilidad ambiental individual.

Saneamiento ambiental

Se realiza lavado de tanques de acuerdo con el plan de trabajo del mes de febrero y agosto 2024 y dando cumplimiento al Decreto 1575 del 2007 que refiere frecuencia de lavado semestral.

Se realizó el lavado de los siguientes tanques:

- Sede Principal: Lavado de tanque subterráneo 144 m3 (Ubicado en talleres de Mantenimiento)
- Sede Principal: Lavado de tanque subterráneo 144 m3 (Ubicado en talleres de Mantenimiento)
- Sede Principal: Lavado de tanque elevado 60 m3 (Ubicado en terraza de noveno piso)
- Sede Principal: Lavado de tanque elevado 1 m3 (Sistema osmosis Ubicado en terraza tercer piso)
- Clínica Antigua (Consulta Externa): Lavado de tanque elevado 20 m3 (Ubicado en terraza de cuarto Piso)
- Clínica Antigua (Consulta Externa): Lavado de tanque subterráneo 30 m3 (Ubicado en parqueadero Parking)
- Parqueadero Ambulancias: Lavado de tanque elevado 5 m3 (Ubicado en terraza cuarto centrales de residuos)
- Casa sosiego: lavado de tanque elevado 0.5 m3 (cubierta casa sosiego)

Caracterización de vertimientos

En el seguimiento del plan de trabajo del componente de vertimiento definido:

- Etapa I. Levantamiento de redes hidrosanitarias. En esta etapa se busca conocer cómo se conectan las redes de los diferentes efluentes.
- Etapa II. Separación de redes. Seguramente existen conexiones erradas, por lo que en esta etapa se ejecutarán las obras civiles para entregar los efluentes separados.
- Etapa III. Realizar análisis fisicoquímicos de las aguas identificadas como aguas no domésticas, en cumplimiento de la Resolución 0631 y Decreto 3957.
- Etapa IV. Revisión, Diseño, fabricación, montaje y puesta en operación de la PTAR. En caso de que la etapa III los resultados estén en incumplimiento se proyectara las unidades de tratamiento para asegurar el cumplimiento de la Resolución 0631 y Decreto 3957.

A la fecha está finalizada la etapa I con el proveedor CODIAGUAS y en curso está la Etapa II para ser desarrollada en el año 2025.

Visita SDS- Componente ambiental

Para el año 2024 se recibieron tres Visitas Higiénico Sanitaria por parte de la Subred Centro Oriente, 22 de enero 2024, 09 de mayo 2024 y 16 de diciembre 2024:

HUCSR

- Acta higiénico sanitario a establecimientos hospitalarios y similares SB18E704794 con concepto favorable con requerimiento, Los hallazgos corresponden al 98% por condiciones de infraestructura, 1% a condiciones de Limpieza y Desinfección.
- Acta higiénico sanitario a servicios funerarios SB15N001864 con concepto favorable con requerimiento. Los hallazgos corresponden al 100% por condiciones de infraestructura.

A la fecha los hallazgos detectados en las anteriores actas se encuentran gestionado al 22%. A la espera de la visita por parte de ente de control.

CONSULTA EXTERNA Y BANCO DE SANGRE

- Acta higiénico sanitario a establecimientos hospitalarios y similares SB18E702389 con concepto Favorable 04-04-2024.

Publicidad Exterior Visual PEV

Durante el año 2024 se ha realizado la siguiente gestión:

Aviso Jardín

En el mes de enero 2024 se realizó desmantelamiento del aviso ubicado en el jardín por parte de área de mantenimiento, una vez gestionado se realizó trámite de desistimiento de registro de publicidad exterior ante la SDA con número de radicado 2024ER25452 del 31/01/2024.

Urgencias

El área de mantenimiento tramita permiso de adecuaciones de fachada ante el IDPC donde estará ubicado el aviso de urgencias con número de radicado No. 20245110023892 el 14-03-2024.

IDPC remite respuesta el 07-05-2024 con número de radicado No. 20245110023892 en el cual refiere "Se aclara que la fachada en ladrillo no podrá ser pintada de ningún color, y la autorización de pintura obedece estrictamente a los elementos en concreto que actualmente se encuentran pintados de color gris"

Por lo anterior la intervención de cambio de color no fue autorizado, por ende, el plan de trabajo es el siguiente:

1. Realizar cotización montajes fotográficos panorámicos con/sin medidas y fotografías de cada aviso con y sin medidas: El proveedor autorizado fue HYF en gestión del área mantenimiento.
2. Gestionar montajes fotográficos panorámicos con/sin medidas y fotografías de cada aviso con y sin medidas: Actividad en curso con el proveedor HYF en gestión del área mantenimiento.
3. Trámite de PEV ante el IDPC y posteriormente en la SDA: Gestión a realizar durante el primer trimestre del año 2025 por el área de gestión ambiental.

De acuerdo con la respuesta que se tenga del IDPC, el plan de trabajo es el siguiente:

1. Realizar cotización para el mantenimiento de pintura en fachada donde está adosado el aviso de urgencias. Responsable mantenimiento.

2. Realizar cotización del aviso de urgencias en letra volumétrica de acuerdo con la información enviada por comunicaciones. Responsable mantenimiento.
3. Realizar cotización para reubicar aviso de segundo piso con respectiva aprobación de proveedor. Responsable mantenimiento.
4. Presentar propuestas a la Dirección administrativa para aprobar proveedor para el mantenimiento de pintura, aviso a ser instalado de urgencias y reubicar aviso del segundo piso. Responsable mantenimiento.
5. Verificar el cumplimiento de las ubicaciones y diseños de avisos de acuerdo con la información radicada al IDPC. Responsable gestión ambiental y mantenimiento.

Entrada Principal

En el mes de enero 2024 se realizó desmantelamiento del aviso ubicado en el jardín por parte de área de mantenimiento, una vez gestionado se realizó tramite de desistimiento de registro de publicidad exterior ante la SDA con numero de radicado 2024ER25514 del 31/01/2024.

Segundo Piso

El aviso del segundo piso debe ser reubicado ya que supera el antepecho del segundo piso que no cuenta con ventanas o que se encuentran a una altura superior al 50% del espacio entre la placa del segundo piso y la del tercer piso, se deberá reubicar sobre la misma fachada sin exceder el 40% entre la placa del segundo piso y la placa del tercer piso.

Octavo Piso

El aviso publicitario es viable, para la cual una vez cumpla el plan de trabajo relacionado anteriormente se realizará un solo tramite de permiso de PEV.

Consulta Externa

El aviso cumple con requerimientos normativos, se solicitó registro fotográfico panorámico acotado al área de comunicaciones y se solicitó documentación a la orden hospitalaria para realizar la respectiva radicación con la documentación solicitada por el IDPC.

Programa de ahorro y uso eficiente de los recursos

Se cuenta con facturación excepción de IVA POS y NO POS, con el aliado estratégico de lavandería CLA/ELIS, durante el año 2024 se tiene la siguiente eficiencia:

| PERIODO FACTURACIÓN | VALOR |
|-----------------------------------------|----------------|
| 01 AL 18 de Enero 2024 | \$ 9.106.439 |
| 19 Enero AL 18 de Febrero 2024 | \$ 16.336.583 |
| 19 Febrero AL 18 de Marzo 2024 | \$ 14.560.892 |
| 19 Marzo AL 18 de Abril 2024 | \$ 15,337,291 |
| 19 Abril al 18 de Mayo 2024 | \$ 15,243,212 |
| 19 Mayo al 18 de Junio 2024 | \$ 15,744,576 |
| 19 Junio al 18 de Julio 2024 | \$14.866.896 |
| 19 de Julio al 18 de Agosto 2024 | \$14.967.105 |
| 19 de Agosto al 18 de Septiembre 2024 | \$13.037.995 |
| 19 de Septiembre al 18 de Octubre 2024 | \$13.421.348 |
| 19 de Octubre al 18 de Noviembre 2024 | \$14.186.264 |
| 19 de Noviembre al 18 de Diciembre 2024 | \$13.980.130 |
| TOTAL | \$ 170,188,731 |

Tabla 61 Programa de ahorro y uso eficiente de los recursos

6.8. GESTIÓN DOCUMENTAL

El área de Gestión Documental, gestiona sus procesos archivísticos, bajo seguimientos y controles enmarcados al cumplimiento de la normatividad vigente (ley 594 de 2000, Ley 23 de 1981, Resolución 1995 de 1999, Resolución 0839 de 2017 y los Estándares de Habilitación y Acreditación) sobre custodia, seguridad y confidencialidad de todas las actividades asociadas a la historia clínica y el acervo documental de la institución, de esta manera se dio cumpliendo con todos los requerimientos realizados durante el año por parte del paciente y su familia, entidades legales, aseguradoras y grupo de interés.

Historia Clínica

El área de Gestión Documental realizó la captura de todos los documentos físicos de la historia clínica correspondiente a los egresos hospitalarios, verificando, completando, ordenando y dándole entrada al archivo de gestión, con el fin de garantizar la custodia, seguridad y oportunidad de la información tanto para el paciente y su familia, como para los procesos de facturación, auditorías, legales, administrativos y científicos.

Durante el 2024, se dio cumplimiento a todas las solicitudes de historia clínica, por parte del paciente y su familia, entidades de control y vigilancia, aseguradores y autorizados, mediante los diferentes canales, satisfaciendo las necesidades de nuestros usuarios bajo el contexto normativo; y los procedimientos internos que garantizan la seguridad y reserva de la información de nuestros pacientes. Canales como el portal de paciente, donde los usuarios obtienen su información de manera inmediata y segura, garantizando oportunidad y confidencialidad, como también el correo de solicitud y la plataforma Almera.



Ilustración 18 Portal de Pacientes HUCSR

Se entregaron un promedio de 37.035 historias Clínicas, a través de los canales mencionados así:

| MES | PORTAL DE PACIENTES | % de Consulta | Año 2024 | | TOTAL DE SOLICITUDES |
|-----------------------------|---------------------|---------------|-------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|
| | | | CORREO: solicitud.historiaclinica@stewardcolombia.org | % de Solicitud de HC | |
| Enero | 850 | 37 | 1444 | 63 | 2294 |
| Febrero | 1058 | 42 | 1475 | 58 | 2533 |
| Marzo | 1033 | 35 | 1896 | 65 | 2929 |
| Abril | 1453 | 46 | 1720 | 54 | 3173 |
| Mayo | 1160 | 36 | 2070 | 64 | 3230 |
| Junio | 1088 | 45 | 1286 | 55 | 2354 |
| Julio | 1311 | 38 | 2117 | 62 | 3428 |
| Agosto | 1347 | 51 | 1285 | 49 | 2632 |
| Septiembre | 1313 | 38 | 2178 | 62 | 3491 |
| Octubre | 2330 | 63 | 1396 | 37 | 3726 |
| Noviembre | 1819 | 43 | 2134 | 57 | 3753 |
| Diciembre | 1697 | 49 | 1795 | 51 | 3492 |
| Total de Solicitudes | 16239 | | 20796 | | 37035 |

Tabla 62 Historias clínicas entregadas

Mensajería y correspondencia

La mensajería es una de las actividades importantes del área, ya que allí está la radicación de cuentas, tutelas, derechos de petición, respuesta a quejas, compra de medicamentos entre otras, por tal razón la oportunidad ha sido clave en el desarrollo de esta, cumpliendo al 100% con todas las solicitudes de las áreas como también el apoyo permanente en los hospitales de la red Steward en la Ciudad.

| ACTIVIDAD | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE | TOTAL AÑO |
|------------------------------|-------|---------|-------|-------|------|-------|-------|--------|------------|---------|-----------|-----------|-----------|
| N° Correspondencia recibida | 247 | 278 | 241 | 363 | 372 | 241 | 345 | 274 | 299 | 303 | 242 | 268 | 3473 |
| N° Correspondencia entregada | 247 | 278 | 241 | 363 | 372 | 241 | 345 | 274 | 299 | 303 | 242 | 268 | 3473 |

Tabla 63 Correspondencia recibida

Certificados de defunción y nacido vivo (estadísticas vitales)

Para el Hospital Universitario Clínica San Rafael, siempre ha sido prioritario el cumplimiento de los indicadores ante la Secretaria Distrital de Salud y el DANE, en cuanto al proceso de Estadísticas Vitales (Defunción y Nacimiento), es así que el área, vigila y realiza permanente seguimiento al diligenciamiento de los indicadores de Calidad Cobertura y Oportunidad brindando capacitación y tomando acciones en los servicios, con los en pro de generar datos confiables y precisos de acuerdo al hecho vital, que le permitan al ente de control tomar acciones ante la salud pública.

A si mismo con acompañamiento de la Subred de Centro Oriente, se capacitaron en el proceso de diagnósticos, construcción de causas al personal asistencial.

| TIPO DE CERTIFICADO | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICEMBRE | TOTAL |
|------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|------------|------------|
| INCIDENTOS RUIF/NO VEB | 276 | 246 | 292 | 313 | 302 | 270 | 289 | 253 | 254 | 282 | 255 | 259 | 3221 |
| INCIDENTOS ANILAJD | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 6 |
| DEFUNIONES RUIF/NO VEB | 127 | 102 | 106 | 99 | 100 | 93 | 107 | 91 | 92 | 89 | 98 | 99 | 3227 |
| DEFUNIONES ANILAJD | 0 | 1 | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 | 0 | 1 | 1 | 1 | 4 | 22 |
| DEFUNIONES CAD MEDICOLEGAL | 3 | 9 | 5 | 7 | 4 | 2 | 1 | 1 | 3 | 3 | 3 | 4 | 46 |
| DEFUNIONES NECROPSIA CLINICA | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 5 |
| TOTAL DEFUNICION | 131 | 112 | 113 | 106 | 104 | 95 | 108 | 92 | 96 | 93 | 103 | 108 | 656 |

Tabla 64 Entrega de certificados



Archivo central

La optimización de espacios para el almacenamiento de los archivos administrativos fue otro tema prioritario para esta área, siendo el centro de acopio para mantener la custodia de archivos, de acuerdo con la aplicación de los inventarios y el cumplimiento de los instrumentos archivísticos, si mismo con el bodegaje que se tiene con un tercero todo bajo el marco normativo vigente de manera segura y confiable en cajas ref. X300, documentación importante para la institución.

Bodega Parqueadero Lote Ambulancia: Área aproximada 84 m² (acervo documental)

| BODEGA LOTE DE AMBULANCIAS | | |
|----------------------------|-----------------------|-------------|
| N° | AREA | CANT |
| 1 | HISTORIAS CLINICAS | 3200 |
| 2 | FACTURACION Y CARTERA | 600 |
| 3 | URGENCIAS | 50 |
| 4 | ROLLOS | 80 |
| 5 | FARMACIA | 90 |
| 6 | PATOLOGIA | 50 |
| 7 | RADIOLOGIA | 25 |
| 8 | DIRECCION | 10 |
| 9 | SISTEMAS | 10 |
| 10 | BIOMEDICA | 8 |
| 11 | NEONATOS | 10 |
| 12 | JURIDICA | 10 |
| TOTAL | | 4143 |

Tabla 65 Elementos en bodega Lote de Ambulancias

La Bodega del tercero, es visitada periódicamente por esta jefatura, donde se

verifica los elementos de seguridad y protección como: Extintores, Higrómetros, Certificado de fumigación, alarmas contra incendio, Protección de los archivos.

| BODEGA OUTSOURCING | | |
|--------------------|---------------------------|-------------|
| N° | AREA | CANT |
| 1 | ATENCION AL USUARIO | 24 |
| 2 | AUDITORIA DE GLOSAS | 2 |
| 3 | BANCO DE SANGRE | 605 |
| 4 | DIRECCION GENERAL | 40 |
| 5 | DIRECCION FINANCIERA | |
| | CONTABILIDAD | 253 |
| | TESORERIA | 738 |
| 6 | ENFERMERIA | 60 |
| 7 | ESTERILIZACION | 5 |
| 8 | FARMACIA | 192 |
| 9 | GESTION DE TALENTO HUMANO | 521 |
| 10 | GESTION DOCUMENTAL | |
| | urgencias | 387 |
| | h.clinicas | 846 |
| 11 | HOTELERIA | 12 |
| 12 | JURIDICA | 28 |
| 13 | LOGISTICA | 31 |
| 14 | PASTORAL | 2 |
| 15 | SALAS DE CIRUGIA | 2 |
| 16 | SALUD OCUPACIONAL | 9 |
| 17 | ASEGURAMIENTO CALIDAD | 63 |
| 18 | VACUNACION | 12 |
| TOTAL | | 3832 |

Tabla 66 Elementos en Bodega de Outsourcing

6.9. GESTIÓN INGENIERÍA BIOMÉDICA

Durante el 2024, el área de ingeniería biomédica ha logrado avances significativos en la operación y desempeño, alineados con nuestros objetivos estratégicos. A continuación, se presentan los principales logros, el análisis de los indicadores, como los desafíos enfrentados durante este período:

Política de la gestión de la tecnología

La política tecnológica de la organización fue revisada y actualizada con el objetivo de alinearla al direccionamiento estratégico y el modelo HEROES de la organización.

Esta actualización se realizó como parte de nuestro compromiso para garantizar la operación con tecnologías eficientes, productivas y seguras. Buscando aprovechar al máximo los avances que ofrece el mercado y con ello responder a las necesidades de nuestros pacientes.

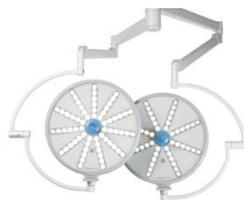
Se establecieron indicadores de monitoreo continuo que apuntan a la evaluación del

desempeño de la nueva política en cada tecnología.



Ilustración 19 Política Gestión de la Tecnología

Adquisición de la tecnología



La adquisición de nueva tecnología para la atención en salud en el año 2024 representa un avance significativo en la calidad y eficiencia de los servicios prestados. Estas adquisiciones no solo permiten tratamientos más precisos, sino que también optimizan los recursos, reducen los tiempos de atención y mejoran la experiencia de los pacientes. Además, fortalecen la capacidad de la institución para adaptarse a las demandas actuales del sector salud, consolidándola como un referente en la prestación de servicios de calidad.

Creación de nuevos indicadores de desempeño

En respuesta a la mejora continua del área de ingeniería biomédica, se identifica la necesidad de desarrollar nuevos indicadores, diseñados para proporcionar una visión más completa y accionable en la operación que

antes no estaban cubiertas por los indicadores existentes.

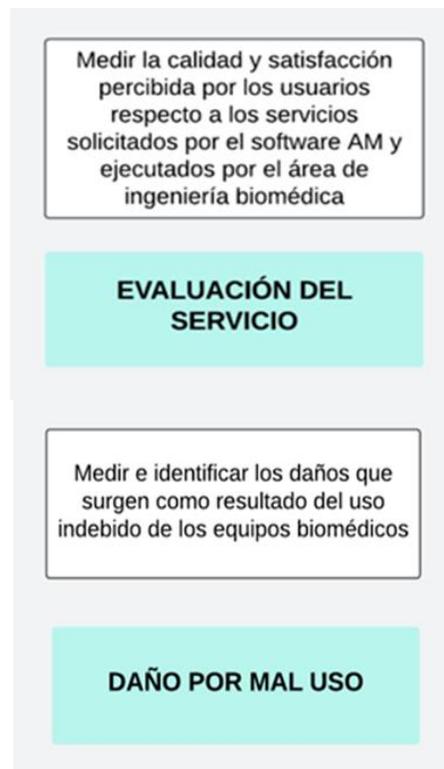
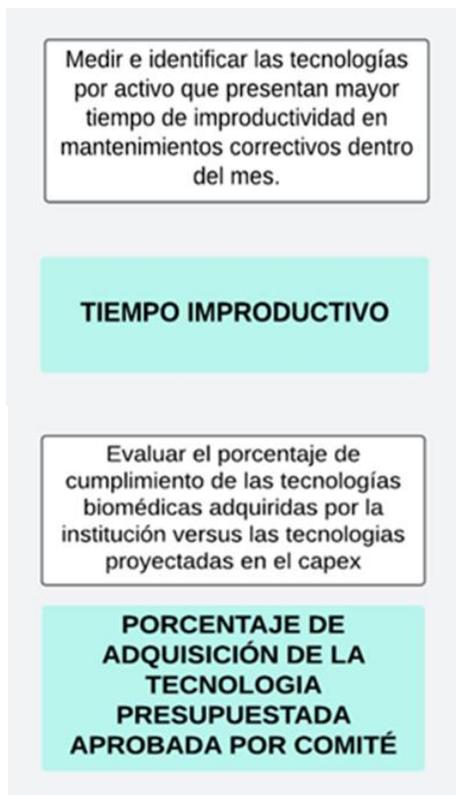


Ilustración 20 Indicadores de desempeño

Iniciativas eficiencias operativas

- Aplicación del beneficio del IVA a contratos de servicio de mantenimiento representando un ahorro promedio a la fecha en valor facturado de \$29.851.470 pesos.
- Reducción en el costo de los servicios post venta durante la negociación de los contratos para el año 2024 con un valor promedio de \$ 85.910.555 Pesos.
- Se programación de 239 rutinas diarias desde junio de 2024 para salas de cirugía, ginecobstetricia e imágenes diagnosticas, entre otras.
- Se ejecutaron 24 rondas de seguridad en cumplimiento con el cronograma socializado por seguridad de paciente.
- En cumplimiento de los requerimientos ambientales establecidos en la Resolución 0631 de 2025 (vertimientos) y la Resolución 591 de 2024 (residuos), se ha actualizado el software AM para incluir los campos exigidos por la normativa. Esta actualización abarca un total de

2,046 equipos biomédicos, para los cuales se ha definido el tipo de residuo generado por cada uno. Adicionalmente, se ha incorporado una cláusula en la gestión contractual que fomenta una mayor responsabilidad social, tanto al interior de la institución como entre los terceros externos, fortaleciendo así el compromiso ambiental y social en todos los niveles.

Con base en lo anterior, se logra, tener las siguientes fortalezas:

- La implementación de nuevos indicadores de desempeño pretende tener una visión más clara y confiable de las tecnologías que se convierten en críticas a través del tiempo y que cuentan ya con un monitoreo, facilitando la toma de decisiones estratégicas basadas en datos cuantificables, sino que también permite mayor argumentación a las metas o proyectos que se establecerán a futuro.
- Se implementaron nuevas estrategias de programación y ejecución en los procesos de mantenimiento, superando diversas barreras financieras y operativas. Estas acciones permitieron alcanzar un cumplimiento promedio destacado del 88% durante el año, reflejando una mejora significativa en la gestión. Aunque aún existe margen para perfeccionar estos indicadores, el resultado obtenido representa un paso firme hacia la consolidación de un modelo sostenible.
- Reducción del uso de papel lo cual contribuye a la sostenibilidad ambiental disminuyendo el consumo de los factores involucrados en la creación del papel, adicional al ahorro de espacio y costos.
- La gestión responsable de residuos y vertimientos contribuye a la sostenibilidad a largo plazo en la institución. Fortalecer la responsabilidad social en el estándar de la gestión de la tecnología trabajando en conjunto para reciclar, reutilizar y seleccionar de manera adecuada los residuos cumpliendo las normativas legales vigentes no solo para evitar las sanciones legales, sino demostrando un

compromiso con la comunidad y el entorno.

- Fomentando la cultura del aprendizaje continuo y el programa de capacitaciones, se crea el curso de tecnovigilancia en la plataforma PACO para generar un aprendizaje interactivo personalizado, evaluación de la adherencia y accediendo según su disponibilidad eliminando barreras de tiempo y ubicación.

Indicador de Mantenimiento Preventivo.

En el año 2024 se alcanzó un cumplimiento del 88.04% la ejecución de los mantenimientos preventivos, con un total de 1.906 órdenes programadas y 1.678 ejecutadas de manera oportuna, mostrando una desviación estándar mensual de 5.34%. Este resultado refleja un buen desempeño y ligeramente por debajo de la meta establecida del 90%, a pesar de los retos enfrentados.

Uno de los principales desafíos fue la barrera financiera, que generó bloqueos en la prestación de servicios contratados, retrasos en la programación del servicio, interrupciones en las contrataciones de servicios postventa, acuerdos de pago y limitaciones en la renovación de servicios debido a la baja participación de proveedores. No obstante, se llevaron a cabo esfuerzos significativos durante el año, logrando cerrar el 7% de las órdenes pendientes, reduciendo la brecha inicial de cumplimiento. Solo queda un 5% por completar, correspondiente en gran parte a los mantenimientos programados en diciembre de 2024.

Estos avances demuestran el compromiso del equipo en optimizar los recursos y la programación para maximizar el cumplimiento, superando obstáculos y estableciendo una base sólida para seguir mejorando en 2025.

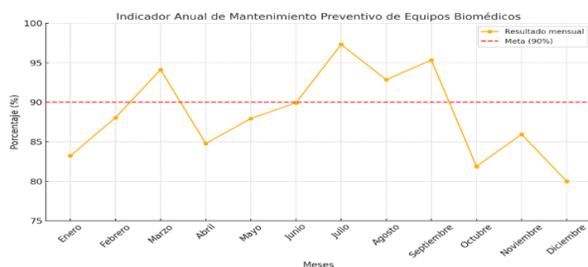


Gráfico 72 Indicador anual de mantenimiento preventivo

Indicador Mantenimiento Correctivo

En el año 2024 se reportaron un total de 1.597 órdenes de mantenimiento correctivo, de las cuales 1.421 fueron solucionadas oportunamente, logrando un cumplimiento del 88.98%. Este valor muestra un buen desempeño, aunque ligeramente por debajo de la meta establecida. Además, se obtuvo una desviación estándar mensual de 3.95%, lo que indica una variabilidad moderada en los resultados.

Durante el año, se realizaron esfuerzos continuos para abordar el 11% de órdenes pendientes, las cuales enfrentaron diversos bloqueos en la prestación del servicio por parte de los terceros. Estas dificultades se atribuyen principalmente a barreras financieras, retrasos en el despacho de repuestos y complicaciones en la adquisición de accesorios, problemas recurrentes en el sector salud durante el año 2024. A pesar de estos desafíos, se logró el cierre de un 7.51% adicional de las órdenes, reduciendo significativamente el rezago acumulado en el año.

A pesar de estos avances, persiste un 3.51% de órdenes pendientes, las cuales ya se encuentran identificadas y están en proceso de resolución para asegurar su cierre efectivo en el corto plazo. Este desempeño refleja el compromiso de la institución con la mejora continua y la garantía de un servicio de calidad en la prestación del servicio correctiva de los equipos biomédicos.

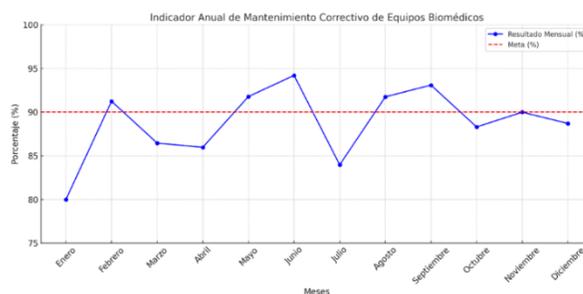


Gráfico 73 Indicador anual de mantenimiento correctivo

Indicador Capacitaciones

En 2024, se logró el cumplimiento del indicador de capacitaciones, destacando una mejora significativa y sostenida en el desempeño durante el segundo semestre, con resultados consistentemente por encima de la meta establecida.

Este avance refleja el fortalecimiento y la implementación de estrategias en colaboración con el área asistencial, orientadas a garantizar el cumplimiento del programa de capacitaciones. Entre las acciones destacadas se encuentran:

- La mitigación de la baja tasa de asistencia mediante una mayor comunicación previa.
- El ajuste de la planificación de capacitaciones de acuerdo con la capacidad real.
- La identificación y colaboración con terceros aliados a la institución para el desarrollo de los programas de capacitación.
- Monitoreo continuo para detectar y corregir barreras que se presentan dentro del tiempo de programación

Estas medidas han contribuido a optimizar los procesos y a alcanzar la meta provista.



Gráfico 74 Indicador de capacitaciones 2024

Tecnovigilancia

El programa de tecnovigilancia del HUCSR, está regido bajo la resolución 4816 de 2008, sistema por el cual se realiza la vigilancia post mercado de los dispositivos médicos que identifica, reúne, evalúa, gestiona y divulga los eventos adversos o incidentes que se puedan presentar durante el uso, mejorando así la protección en salud y seguridad de los pacientes.

En el año 2024 se encuentran en ejecución las siguientes actividades:

- Implementación, socialización y publicación del curso de tecnovigilancia en la plataforma PACO creado con inteligencia artificial para el 2024, conformado por tres módulos en formato MP4. con una duración inferior a tres minutos cada uno y emisión de certificación.
- Indicadores del programa publicados en el software Almera, con los correspondientes análisis horizontal y vertical a cada una de las líneas que conforman los seguimientos del programa.
- 169 reportes en tecnovigilancia en los cuales son clasificados en eventos e incidentes adversos de equipos biomédicos, eventos e incidentes dispositivos médicos, dispositivos de central de esterilización, implantables, calidad de dispositivos y descartados. Cada caso se ha analizado, trabajado y retroalimentado junto con seguridad del

paciente de la institución independientemente de la vía de reporte utilizada por nuestros usuarios internos.

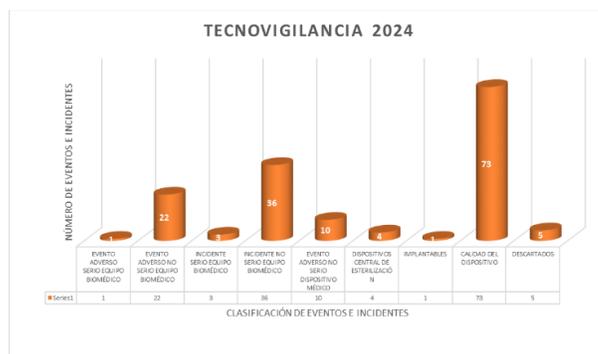


Gráfico 75 Clasificación de eventos e incidentes - Tecnovigilancia

Metrología

En cumplimiento del Decreto 1471 de 2014 y la “Guía Rápida para Mediciones en Equipos Biomédicos” del Ministerio de Salud, la institución garantiza la implementación de un plan metrológico integral. Este plan incluye la calibración de equipos cuyos sistemas principales realizan mediciones, conteos y pesajes; la calificación de cadenas de frío; y la validación de cabinas de bioseguridad y equipos de esterilización, abarcando un total de 574 equipos. Durante 2024, se logró intervenir 502 equipos dentro del programa metrológico, alcanzando un cumplimiento del 87,46%. Este resultado, a pesar de las limitaciones financieras derivadas de la suspensión temporal de servicios por parte del proveedor, refleja el compromiso institucional con la calidad y seguridad en la atención en salud. Sin embargo, seguimos trabajando para en el corto plazo dar cumplimiento al 100% del programa.

Desafíos

1. Como parte de los objetivos estratégicos para el año 2025, se busca fortalecer y ampliar el alcance del programa de capacitaciones, asegurando no solo el sostenimiento del cumplimiento del

indicador, sino también la incorporación activa de los residentes de la institución. Este enfoque permitirá que todo el personal asistencial adquiera un mayor conocimiento y cuidado en el uso de las tecnologías disponibles, maximizando su aprovechamiento en cada atención y contribuyendo significativamente a la calidad y seguridad en la atención del paciente.

2. A pesar de los avances alcanzados durante el año, se presentaron desafíos que resultaron en cumplimientos ligeramente inferiores a la meta, principalmente debido a la alta carga operativa que afectó la disponibilidad de equipos para mantenimiento, bloqueos por parte de terceros y la limitación de recursos en accesorios, repuestos e insumos. Sin embargo, estas situaciones fueron vistas como una oportunidad para mejorar en el año 2025, nos enfocaremos en optimizar la programación de los mantenimientos, mejorar la disponibilidad de recursos y fortalecer la planificación operativa, con el firme propósito de superar estos desafíos.
3. La gestión eficiente del recurso humano, actividades técnicas operativas con terceros y compra de repuestos – accesorios e insumos representó un desafío continuo, particularmente durante los meses de alta demanda de mantenimientos, lo que impactó el equilibrio entre las actividades preventivas – correctivas y de operación, adicional a las capacitaciones programadas. Este desafío ha sido reconocido como una oportunidad para optimizar nuestros procesos con el fin de garantizar una gestión eficiente que contribuya al crecimiento de la institución.

6.10. GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA

El departamento de tecnología e informática busca garantizar la continuidad en la atención médica y en los procesos administrativos, asegurando la disponibilidad de plataformas

tecnológicas y la implementación de herramientas que optimicen dichos procesos.

Objetivos durante 2024 para el área de tecnología e informática

- Mantener la disponibilidad de los servicios por encima del 99.73%

Con relación al periodo 2023, se plantea un nuevo objetivo de disponibilidad actualizando la meta de disponibilidad de los sistemas de 99.43% a niveles superiores 99.73%, se tuvo un cumplimiento del mismo con dificultades no esperadas que derivaron en acciones de mejora como el cambio de uno de nuestros proveedores de conectividad y la implementación de enlaces inalámbricos que soporten imprevistos contra nuestro centro de datos externos, cerrando con una disponibilidad de 99.88%.

- Actualización de equipos de cómputo

Se realizó el repotenciado de 68 computadores permitiendo la actualización de sistema operativo a una versión con soporte técnico vigente, reduciendo la superficie de ataque ante posibles amenazas cibernéticas.

- Respuesta a la totalidad de los incidentes reportados con una eficacia superior al 97%

Con un cumplimiento del 98,22% se evidenció casos en los cuales no fue posible dar solución a las incidencias reportadas en el mismo periodo, como resultado del análisis de los indicadores se encuentra que el proceso cuenta con recursos humanos limitados a la operación, impidiendo alcanzar cumplimientos superiores cuando se presentan novedades de personal como incapacidades.

- Garantizar el cumplimiento de cualquier cambio normativo en los que intervenga el software asistenciales y administrativos.

En cumplimiento a cambios surgidos en la normatividad vigente, se potenció el desarrollo de herramientas para facturación electrónica y nueva presentación de RIPS (Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud) así como ajustes a múltiples reportes que generan información base para su reporte a entes de control.

Identificación de problemas y/o dificultades encontradas en el año y acciones tomadas o planeadas para superarlas.

La falta de soporte por parte del desarrollador del software clínico genera impedimentos en la adopción de nuevas tecnologías y en la adaptación a cualquier cambio normativo o necesidades operativas. Las nuevas implementaciones se convirtieron en un reto que fue abordado mediante el desarrollo de módulos y componentes internos, aprovechando el conocimiento del equipo de TI sobre la aplicación y las necesidades operativas. Esto permitió incorporar funcionalidades al software que de otra manera habría sido imposible implementar, así como el inicio de las integraciones con el proyecto de RPA para el proceso de facturación, bases que mostrarán resultados en el año 2025.

Desarrollos

El Hospital Universitario Clínica San Rafael crea soluciones personalizadas que respaldan tanto los procesos asistenciales como administrativos, cubriendo las carencias que puedan presentar las aplicaciones estándar en uso, así como personalizaciones para adaptarse a cambios en los procesos. A continuación, se describen las implementaciones relevantes realizadas durante el año 2024:

Autogestión de citas médicas: Herramienta que permite a pacientes y/o familiares solicitar citas médicas a través de la página web del Hospital Universitario Clínica San Rafael en tiempo real en lugar de un formulario con respuesta días después, agilizando los

tiempos de asignación y espera que se puedan tener en el call center de la institución.

Tablero Unificado de Pacientes Hospitalario: Se amplía la cobertura del piloto desarrollado en el año 2023 para el servicio de urgencias a todos los ámbitos hospitalarios. Esta herramienta permite al personal administrativo y asistencial tener acceso en una única pantalla al estado de los pacientes.

Herramienta cálculo automático de horas para liquidación de nómina: Desarrollo que permite calcular recargos laborales de manera automática con base en las marcaciones y/o agenda de turnos de personal.

Pantalla de información tiempos triage: Cartelera digital vinculada al sistema clínico de la institución que busca transparencia con el paciente en la sala de espera de urgencias, informando en tiempo real los tiempos promedio de espera para su atención médica.

Componentes clínicos: Módulos adicionales embebidos a la historia clínica que permiten el registro de las escalas de Braden, Dolor y News. De igual forma se incluyó en los registros clínicos elementos de enfoque diferencial y profilaxis antibiótica en salas de cirugía.

Disponibilidad de la infraestructura



Gráfico 76 Disponibilidad de los Sistemas Core

El principal indicador del área obedece a la disponibilidad de la infraestructura tecnológica, siendo la meta un 99,73%. Se logró una disponibilidad del 100% salvo por los meses de mayo julio y agosto. Esto derivó

de acciones de mejora enfocadas a perseguir una mejora calidad del servicio; a pesar de estos inconvenientes se consiguió el cumplimiento de la meta planteada en el acumulado 2024.

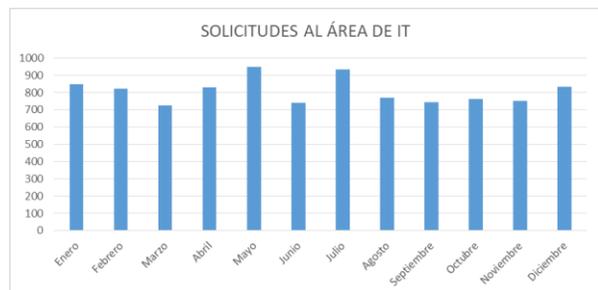


Gráfico 77 Solicitudes al área de IT

La mesa de servicios es una herramienta que permite medir las solicitudes al área de IT y a través de ella detectar desviaciones que puedan presentarse en la estabilidad de los sistemas. Durante el 2024 se evidenció un comportamiento estable en las solicitudes acorde al tamaño del parque informático y el número de empleados de la institución.

6.11. GESTIÓN DE LAS COMUNICACIONES

En el transcurso de 2024, el área de comunicaciones trabajó en el fortalecimiento de la identidad institucional, la cultura organizacional y el posicionamiento de la clínica, tanto a nivel interno como externo. A lo largo del año, se desarrollaron y ejecutaron varias estrategias que permitieron apoyar las necesidades comunicacionales de la organización, destacando los siguientes logros:

1. **Fortalecimiento de la identidad visual de la marca:** Se llevó a cabo un proceso de consolidación y actualización de nuestra identidad visual, asegurando que todos los canales de comunicación reflejaran una imagen coherente, moderna y profesional, con el objetivo de fortalecer el reconocimiento de la

marca y generar mayor confianza entre los pacientes y colaboradores.

2. **Campañas institucionales y de concienciación:** Se apoyó la implementación de diversas campañas institucionales sobre temas relevantes como *Deberes y Derechos*, *Seguridad del Paciente*, *Cultura Organizacional*, *Programa de Humanización y Donación de Sangre*, *Concientización sobre la resistencia a los antimicrobianos*, *Tips de seguridad*, entre otros. Estas campañas fueron clave para sensibilizar tanto al personal como a la comunidad sobre la importancia de estos temas en el contexto de la salud y la atención médica.
3. **Apoyo en iniciativas ambientales y de participación ciudadana en salud:** Se colaboró en la creación y difusión de campañas sobre conciencia ambiental, con el objetivo de promover la sostenibilidad dentro de la clínica y entre los pacientes. Asimismo, se apoyaron acciones orientadas a fomentar la participación de la comunidad en la mejora de su salud, a través de actividades informativas y programas de prevención.
4. **Divulgación de actividades de bienestar y cultura organizacional:** Se apoyó en la comunicación de iniciativas enfocadas en el bienestar de los colaboradores, como Voceros de Cultura, actividades recreativas y la promoción de una cultura organizacional positiva. También se crearon materiales informativos para vacantes de empleo y presentaciones sobre los beneficios para los

empleados, contribuyendo al fortalecimiento del ambiente laboral.

5. **Educación sobre seguridad del paciente:** Se brindó apoyo en la elaboración de campañas educativas sobre la seguridad del paciente, con el objetivo de sensibilizar tanto a los pacientes como a sus familias acerca de las mejores prácticas para prevenir riesgos durante su atención médica. Se generaron recursos informativos y se realizaron actividades para garantizar que la seguridad fuera una prioridad en todos los niveles.
6. **Asesoría en la ejecución de eventos institucionales:** Se brindó apoyo a diversas áreas en la organización y promoción de eventos como *Semana de Seguridad del Paciente*, *Día del Médico*, *Jornadas de Donación de Sangre* y otras actividades clave. Además, se colaboró en la producción de material audiovisual para apoyar procesos de formación y eventos académicos y culturales.
7. **Ampliación de los canales de comunicación externa:** En 2024, se establecieron y optimizaron nuevos canales de comunicación a través de las redes sociales, lo que permitió una mayor cercanía con los usuarios. Estos canales fueron fundamentales para facilitar la interacción directa con los pacientes, compartir información de interés y recibir retroalimentación en tiempo real, mejorando la experiencia general.
8. **Fomento del cumplimiento de la imagen institucional:** Se promovió activamente el uso consistente de la imagen institucional en presentaciones comerciales, informes

de gestión, auditorías y otros materiales clave, garantizando que la clínica mantuviera una comunicación coherente y alineada con sus valores y visión.

9. **Apoyo en actividades de docencia e investigación:** Se brindó apoyo en la creación de campañas para la promoción de actividades académicas, de docencia e investigación, destacando eventos y proyectos que fortalecen el conocimiento y la innovación dentro de la clínica. A través de la elaboración de materiales informativos y la difusión de actividades, se contribuyó al posicionamiento de la clínica como un referente en la formación de profesionales de la salud y en la investigación.

Estas acciones reflejan el compromiso continuo de la clínica con la mejora de la comunicación interna y externa, el fortalecimiento de la marca y la participación de la comunidad en temas de salud, bienestar y seguridad.



07. GESTIÓN DOCENTE E INVESTIGATIVA

GESTIÓN DOCENTE E INVESTIGATIVA

7.1 CONVENIOS DOCENCIA Y SERVICIO

A la fecha contamos con 18 Convenios Docencia Servicio con las siguientes universidades: El Bosque, Rosario, Corpas, Militar, Nacional, UDCA, UDES, FUCS, UMB, Área Andina, FABA, MEDISED, Escuela de Enfermería San Rafael, ANDES, Antonio Nariño, Simón Bolívar, Externado de Colombia, Universidad del Sinú.

Convenios Docencia Servicio Activos 2024

| UNIVERSIDAD | PROGRAMAS EN ROTACIÓN |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Universidad Militar Nueva Granada | <i>Pregrado:</i> Medicina (Neurología, Neonatología) <i>Internado:</i> básico y electivas <i>Posgrado (Hospital Base):</i> Ortopedia, Anestesiología, Cirugía General, Ginecobstetricia, Otorrinolaringología, Otología, Pediatría, Neonatología. |
| Fundación Universitaria Juan N Corpas | <i>Pregrado:</i> Enfermería <i>Internado:</i> básico <i>Posgrado (Hospital Base):</i> Medicina Interna |
| Universidad El Bosque | <i>Pregrado:</i> Instrumentación Quirúrgica, Medicina (Semiología, Quirúrgicas, Pediatría, Ginecobstetricia, Medicina Interna). <i>Internado:</i> básico y electivas <i>Posgrado médico quirúrgico:</i> Medicina Materno Fetal, Pediatría, Cirugía Vascular. |

| | |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Universidad del Rosario | <i>Posgrado Odontología:</i> Cirugía Maxilofacial. <i>Internado:</i> electivas <i>Posgrado médico quirúrgico:</i> Medicina de Emergencias, Ginecobstetricia. Cirugía de Mano. <i>Posgrado No médico quirúrgico:</i> Rehabilitación Cardiopulmonar. |
| Universidad de Ciencias Ambientales y Aplicadas UDCA | <i>Pregrado:</i> Enfermería, Medicina (Quirúrgicas, Pediatría, Ginecobstetricia, Medicina Interna, Psiquiatría). <i>Internado:</i> Básico |
| Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud | <i>Posgrado:</i> Urología, Hemodinamia. |
| Fundación Universitaria del Área Andina | <i>Técnico:</i> Imágenes Diagnósticas <i>Pregrado:</i> Instrumentación Quirúrgica, Terapia Respiratoria, Enfermería, Psicología. |
| Universidad Antonio Nariño | <i>Pregrado:</i> Enfermería. <i>Internado:</i> Básico <i>Posgrado Enfermería:</i> Especialización Materno Perinatal. |
| Universidad Simón Bolívar | <i>Posgrado:</i> Neurología, Cirugía Plástica, Ginecobstetricia. |
| Universidad Manuela Beltrán | <i>Pregrado:</i> Terapia Respiratoria |
| Universidad de Santander | <i>Pregrado:</i> Instrumentación Quirúrgica |
| Fundación Tecnológica Autónoma de Bogotá FABA | <i>Técnico:</i> Imágenes Diagnósticas |
| MEDISED | <i>Técnico:</i> Auxiliar en Enfermería |

| | |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Universidad de los Andes | <i>Pregrado:</i> Psicología <i>Posgrado:</i> Maestría en Psicología Clínica |
| Universidad Nacional de Colombia | <i>Pregrado:</i> Enfermería, Nutrición, Farmacia, Medicina (Neuropediatría). <i>Internado:</i> institucional <i>Posgrado:</i> Geriatría, Medicina Interna y Anestesiología (rotación por Cardiología) |
| Escuela de Auxiliares de Enfermería San Rafael | <i>Técnico:</i> Auxiliar en Enfermería |
| Universidad del Sinú | <i>Posgrado:</i> Cirugía Plástica. |

Tabla 67 Convenios Docencia Servicio Activos 2024

Rotación de estudiantes

En el 2024 asistieron un total de 1936 estudiantes de Formación Técnica, Pregrado y Posgrados.

Número de residentes que rotaron en 2024

| Programa de Especialización | 2024-1 | 2024-2 | Total |
|--------------------------------|--------|--------|-------|
| Anestesia | 15 | | 15 |
| Cirugía general | 9 | | 9 |
| Ginecología y obstetricia | 12 | | 12 |
| Neonatología | 1 | | 1 |
| Ortopedia y traumatología | 8 | | 8 |
| Otorrinolaringología | 5 | | 5 |
| Otología | 1 | | 1 |
| Pediatría | 12 | | 12 |
| Medicina interna | 24 | | 24 |
| Residentes rotantes (externos) | 185 | 156 | 341 |

| | |
|--------------|------------|
| TOTAL | 428 |
|--------------|------------|

Tabla 68 Rotación de estudiantes

Número de estudiantes de internado que rotaron en 2024

| UNIVERSIDAD | 2024-1 | 2024-2 | TOTAL |
|----------------------------|------------|------------|------------|
| FUJN Corpas | 24 | 23 | 47 |
| Universidad Militar | 11 | 14 | 25 |
| Universidad Bosque | 21 | 19 | 40 |
| Universidad UDCA | 17 | 15 | 32 |
| Universidad Antonio Nariño | 4 | 4 | 8 |
| Electivos (externos) | 51 | 43 | 94 |
| TOTAL | 128 | 118 | 246 |

Tabla 69 Número de estudiantes de internado que rotaron en 2024

Otros estudiantes que rotaron en 2024

| UNIVERSIDAD | 2024-1 | 2024-2 | TOTAL |
|-------------------------------------|--------|--------|-------|
| Fundación Universitaria Área Andina | 83 | 89 | 172 |
| Universidad Militar | 40 | 34 | 74 |
| Universidad Nacional | 202 | 189 | 391 |
| Universidad Bosque | 71 | 78 | 149 |
| Universidad UDCA | 63 | 59 | 122 |
| FUJN Corpas | 3 | 8 | 11 |
| Universidad Manuela Beltrán | 13 | 19 | 32 |
| Faba | 18 | 5 | 23 |
| Udes | 12 | 9 | 21 |
| Universidad Externado | 6 | 6 | 12 |
| Universidad Antonio Nariño | 59 | 23 | 82 |
| Universidad de los Andes | 0 | 2 | 2 |

| | | | |
|------------------------------------------|------------|------------|-------------|
| Escuela Auxiliares Enfermería San Rafael | 95 | 76 | 171 |
| TOTAL | 665 | 597 | 1262 |

Tabla 70 Otros estudiantes que rotaron en 2024

Facturación

En 2024 se facturó un total de \$ 3.465 M por actividades de docencia:

| TIPO DE ROTACIÓN | FACTURADO 2024 | TOTAL |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| DOCENCIA SERVICIO (Universidades) | Pregrado y Posgrado No Médico Quirúrgico (Pago en dinero) \$1,763,887,69 9 | \$3,457,587,220 |
| | Posgrado médico quirúrgico (pago en especie) \$1,693,699,52 1 | |
| OBSERVADOR INTERNAL | Observador internacional (pago en dinero) \$7,708,435 | |
| TOTAL | | \$3,465,295,655 |

Tabla 71 Facturación

Al comparar el valor total facturado en el año 2024 frente al año 2023 se evidenció un incremento del 44,6%, dado por una mayor facturación a las Instituciones Universitarias para pago en dinero y en especie.

Cobros Pago en Especie Universidades

| UNIVERSIDAD | EQUIPO | VALOR |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| FUNDACION UNIVERSITARIA JUAN N CORPAS | Cobro de tres cuotas Resonador - marca Philips modelo Prodiva 1.5T CX por (cruzado el 30/08/24) | \$210,998,495 |
| | Diplomado Enfermería | \$198,068,000 |
| | Repuestos resonador Philips | USD 13412,34 |
| | Repuestos angiografo Top Medical | \$258,355,456. |
| FUNDACION UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD | Central de Monitoreo | \$34,510,000 |
| | Repuesto de fluoroscopio | USD 11357,96 |
| UNIVERSIDAD EL BOSQUE | Curso seguridad del paciente | \$17,150,000 |
| | Actualización en Gerencia de la Calidad | \$600,000 |
| | Curso Oncología | \$58.350.000 |
| UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA | Equipo Philips | \$647,062,669 |
| | Un Ecógrafo | \$233,522,982 |
| | Opción de compra de resonador | \$711,245,719 |

| | | |
|---------------------------|----------------------------------------|--------------|
| UNIVERSIDAD SIMÓN BOLIVAR | Televisor 70 pulgadas | \$2,912,500 |
| | Facturas mantenimiento ET SERVICES por | \$48,039,760 |

Tabla 72 Cobros Pago en Especie Universidades

Otras Actividades de Docencia

- En 2024 se realizaron 11 Reuniones Académicas Institucionales (Miércoles Académicos) y I Jornada de Actualización en Educación para la Salud con 7 conferencias con temas de interés en docencia e investigación.
- Se realizamos las siguientes actividades: II Jornada de Actualización para Médicos Generales e Internos HUCSR, I Simposio de Ginecología y Obstetricia, I Simposio de Residentes de Medicina Interna y V Jornada Pediátrica.
- Semana de la Docencia y la Investigación HUCSR 2024: Se divulgaron 30 trabajos de investigación en el Concurso de Poster Académico Virtual: 18 investigaciones originales y 12 reportes de caso. El 15 de noviembre de 2024 se realizó la premiación de los tres mejores trabajos de ambas categorías. En la misma jornada se entregó reconocimiento a 17 colaboradores y estudiantes por su destacada labor en la ejecución de actividades de docencia y de investigación con la publicación de artículos en revistas científicas nacionales e internacionales.
- Capacitaciones a colaboradores en diplomados, simposios, cursos libres y de extensión a través de los Convenios Docencia Servicio con Fundación Universitaria Juan N Corpas, Universidad de los Andes, Universidad El Bosque, Universidad Nacional y Escuela de Auxiliares de Enfermería San Rafael.
- Rotaciones tipo observador internacional: En el 2024 se recibieron 4 rotantes tipo observador nacionales e internacionales en los siguientes servicios: ortopedia, urgencias adultas, otorrinolaringología y cirugía maxilofacial.
- Se recibieron nombramientos Docente Ad honorem para colaboradores del HUCSR por parte de las Universidad: Militar, Rosario y Bosque.

- Se realizaron 72 Comités Docencia Servicio, en cumplimiento con la normatividad vigente.
- Se realizó y divulgó el Informe de Capacidad Instalada de Docencia 2024 según los lineamientos del Ministerio de Salud.

7.2 INVESTIGACIÓN PROPIA Y FORMATIVA

PUBLICACIONES INVESTIGACIÓN PROPIA Y FORMATIVA HUCSR

| | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
|-------------------------------------------|------|------|------|------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Publicaciones en revistas internacionales | 3 | 5 | 0 | 6 |
| Publicaciones en revistas nacionales | 7 | 6 | 3 | 3 |
| Capítulo de libro | 2 | 1 | 2 | 1 |

Publicaciones en revistas científicas

Publicaciones en Revistas Científicas Nacionales

- Revista Colombiana de Nefrología: Hurtado Uriarte M, Chavarro Alfonso OJ, Ramírez Jiménez S, Vargas Brochero MS, Mora Méndez JM. Vasculitis asociada al anticuerpo anticitoplasma de neutrófilo (ANCA): experiencia de un centro de cuarto nivel. Rev. Colomb. Nefrol. 2024;11(1),e713. <https://doi.org/10.22265/acnef.11.1.713>
- Revista latinoamericana de Bioética: Garzón Pulido, L. S., & Geney Montes, M. C. (2024). Despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia: objeción de conciencia y otros retos en su implementación. Revista Latinoamericana de Bioética

2024 24(2), 11-25. <https://doi.org/10.18359/rlbi.6279>

- Revista Colombiana de Pediatría: Raga García, D. C., Mora Méndez, J. M., & Camacho Jiménez, A. L. (2024). Factores de riesgo asociados al síndrome de inflamación multisistémica temporalmente asociado a Covid en el Hospital San Rafael. Pediatría, 57(2), e460. <https://doi.org/10.14295/rp.v57i2.460>

Publicaciones en Revistas Científicas Internacionales

- European Journal of Orthopaedic Surgery & Traumatology: Morales-Guerrero OJ, Garcia-Rueda MF, Mendoza-Pulido C, Sterling-Viña AM, González-Támara GA, Rincón-Lozano JD, Ramírez-Schneider LC, García-Agudelo L, Martínez RO. Comparative risk of ulnar nerve injury in pediatric supracondylar humeral fractures: a multicenter evaluation of Kirschner wire fixation techniques. Eur J Orthop Surg Traumatol. 2024 Oct;34(7):3783-3787. doi: 10.1007/s00590-024-04101-7. Epub 2024 Sep 24. PMID: 39316133.
- Journal of perinatal medicine: Dávila Romero V, Aragón Mendoza RL, Molina-Giraldo S, Herrera EM, Leal EH, Gallo Roa R, Rodríguez Ortiz JA, Toro AM, Peña RR, Gómez Hoyos D, Nudelman T, Vargas Fiallo CL. Factors of poor prognosis in newborns with a prenatal diagnosis of gastroschisis in Bogota, Colombia. J Perinat Med. 2024 May 20;52(6):665-670. doi: 10.1515/jpm-2023-0520. PMID: 38758017.
- World Journal of Gastrointestinal Endoscopy. Mejía MC, Piñeros LG, Pombo LM, León LA, Velásquez JA, Teherán AA, Ayala KP. Clinical and demographic features of patients undergoing video-capsule endoscopy management: A descriptive study.

World J Gastrointest Endosc 2024; 16(7): 424-431

- Revista Ginecología y Obstetricia de México: Useche-Beltrán CA, García-Zambrano AF, Candela-Herrán J. Uroperitoneo posoperatorio en una paciente con una lesión vesical producida durante la cistectomía de ovario. Casos Clínicos de GOM 2024; 1 (1): 26-32
- Revista Ginecología y Obstetricia de México: Useche-Beltrán CA, Candela-Herrán JA, García-Zambrano AF. Embarazo heterotópico espontáneo complicado con sobrecarga circulatoria asociada a transfusión. Casos Clínicos de GOM 2024; 1 (12): 263-267.
- Revista Ginecología y Obstetricia de México: Sánchez-Gutiérrez SM, Bonilla-Cortés L, Niño- González JE, García-Zambrano AF. Hematopoyesis extramedular y talasemia intermedia en una paciente embarazada. Casos Clínicos de GOM 2024; 1 (12): 255-258.

Capítulo de libro

Mora-Méndez, JM., Iglesias-Martínez, JI., Giner-Gomis, A., (2024). Clase Invertida y Aprendizaje Basado en Problemas para la Enseñanza y Aprendizaje en el Alumnado-Residente de Medicina Interna. En: Investigación para la mejora de las prácticas educativas desde una perspectiva holística (1st ed., pp. 4705–4716). Dykinson, S.L. <https://doi.org/10.2307/jj.22246998.39>

Participaciones con trabajos en eventos científicos

Evento Científico Nacional:

- XVI Congreso Colombiano de Neurología. Barranquilla 30-31 de mayo y 1-2 junio del 2024. Poster: Clase invertida y simulación para el aprendizaje del abordaje

clínico de cefalea en urgencias en estudiantes de medicina.

Autores: Javier Mora, Neiby Rivera, Sandra Bajonero (Neurología, Medicina interna).

Evento Científico Internacional:

- American Society of Nephrology Kidney Week en San Diego (Estados Unidos) 9 al 12 octubre 2024
Poster: Clinical and Histological Characterization of Several Patients with Lupus Nephritis in Colombia
Autores: Hurtado Uriarte Maite, Ducuara Daniel Humberto, Suarez Wilson, Mora Méndez Javier Mauricio, Forero Andrés Felipe, Gómez María Alejandra, Sánchez Diana Carolina, González Ortiz Angie Katherine (Nefrología).
- CRT Meeting en Washington (Estados Unidos) del 9 al 12 de marzo.
Poster: Tricuspid valve papillary muscle rupture: An unusual complication of left anterior descending artery myocardial infarction
Autor: Guillermo Cortes (Cardiología).

Estado de los proyectos de Investigación Patrocinada

| ESTUDIO | INVESTIGADORES | ESTADO ACTUAL |
|--------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| BAY 94-8862 /20103 | Dr. Ricardo Beltrán, Dr. Tito Carrera | Estudio cerrado en último trimestre de 2024. Gestión financiera a día. |
| PVT2201-301 | Dr. Pedro Quevedo | Se ejecutó sometimiento de paquete inicial por estudio cerrado antes de reclutamiento por retraso e |

| | | autorización del ente regulador (INVIMA). | ESTUDIO | UNIDAD DE INVESTIGACIÓN | CEI* | TOTAL |
|-----------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------|--------------|----------------|
| REGEN-016 | Dr. David Espinosa. Dr. Francisco Vargas | Se ejecutó el sometimiento de paquete inicial pero estudio cierra antes de reclutamiento por retraso en autorización del ente regulador (INVIMA). | BAYER | \$35.010.085 | \$8.282.400 | \$43.292.48 |
| | | | REGEN | - | \$25.134.000 | \$25.134.00 |
| | | | AC065 | \$10.829.000 | \$21.040.000 | \$31.869.00 |
| | | | PVT | | \$25.480.300 | \$25.480.30 |
| | | | TOTAL | \$ 45.839.085 | \$79.936.700 | \$M 125.775.78 |

| | | |
|-----------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| REMESLE-2 | Dr. Pedro Quevedo | Sitio seleccionado, sometimiento de paquete inicial realizado y aprobado por el CEI. En fase de negociación y contratación. Reclutamiento segundo trimestre 2025. |
|-----------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Tabla 74 Facturación 2024

Fuente: Comité de ética en investigación

Gestión de Procesos Transversales

Factibilidades: En el 2024 se diligenciaron y respondieron un total de 43 factibilidades para nuevos posibles estudios clínicos. Se recibieron 4 visitas de selección de sitio y 2 visitas internacionales para reconocimiento de portafolio y servicios.

Recertificación de Buenas Prácticas Clínicas – INVIMA: En espera de vista de Invima para recertificación, solicitud radicada en 2023.

Protocolos, procedimientos y formatos actualizados de acuerdo con requerimientos regulatorios, modelo de investigación en actualización y política institucional actualizada según modelo corporativo, y socializada.

Auditoría interna: Se recibe auditoria por aseguramiento de la calidad en el mes de diciembre de 2024 con resultado satisfactorio, pendiente reporte formal desde Calidad.

- Pagos al staff de investigación y miembros del comité de ética al día y de acuerdo con la política de investigación institucional.

La Unidad de Investigación en el 2024 continuó su afiliación a la Asociación Colombiana de Investigación Clínica (ACIC).

| | | |
|------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Retratrida en eventos cardiovasculares y renales adversos. | Dr. Javier Mora | Sitio seleccionado, en fase de preparación documentación para sometimiento y proceso de contratación y negociación. Reclutamiento segundo semestre 2025. |
|------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Tabla 73 Estado de los proyectos de Investigación Patrocinada

Facturación 2024

| |
|--------------------------------------|
| RECAUDO UNIDAD DE INVESTIGACIÓN 2024 |
|--------------------------------------|

La unidad ha fortalecido su imagen mediante el plan corporativo con comunicaciones mediante la publicación de los servicios ofertados. Primer trimestre de 2025 se planea elaboración de video institucional

7.3. ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

El Comité de ética de la Investigación (CEI) del Hospital Universitario Clínica San Rafael (HUCSR), es una organización independiente, autónoma para deliberar y decidir sobre las implicaciones bioéticas de los estudios de investigación. El CEI fue formalizado en la resolución normativa 179 de 2009, firmada por el director general del HUCSR el 17Noviembre2009, la cual fue modificada de acuerdo con la circular normativa 056 de 2017 y firmada por el director general del HUCSR el 10Agosto2017. La última certificación en Buenas Prácticas Clínicas fue emitida por INVIMA el 27Abril2018 con vigencia de 5 años, la solicitud de recertificación fue realizada en Mar2023 de acuerdo con información de la Jefatura de la Unidad de Investigación y se está a la espera de la visita. Éste CEI está integrado por profesionales de la salud y de otros campos del conocimiento y por un representante de la comunidad. El CEI tiene como responsabilidad salvaguardar la dignidad, los derechos, la seguridad y el bienestar de los participantes actuales y potenciales de los estudios de investigación tanto patrocinada por la industria farmacéutica, como la investigación propia y formativa que se desarrollen en el HUCSR.

En agosto de 2022 se realizó la actualización de la circular informativa con los lineamientos para la presentación de los proyectos de investigación que se desarrollen en el HUCSR, la cual fue aprobada y firmada por el nuevo director médico de la institución y socializada con toda la institución (Circular informativa # 170-2022).

A continuación, el informe de actividades de 2024:

Cumplimiento de Indicadores y metas

- A partir de Jun2023 la conformación del CEI está sin variaciones. Dicha conformación se mantuvo de acuerdo con la normativa vigente.
- A partir de 15Mar2023, se produjo el retiro del auxiliar de apoyo del CEI, por lo cual sus actividades fueron asumidas por la Secretaria Ejecutiva del CEI
- En 2024 se recertificaron en BPC, los 2 miembros (JCC y JAS) cuya certificación vencía. Por lo demás durante todo el año los miembros del CEI contaron con certificación de BPC vigente.
- El espacio físico para la custodia de la documentación se mantiene en la oficina del CEI en el 8vo. piso HUCSR. En cuanto a las sesiones a partir del mes de Junio2021 dejaron de hacerse de manera presencial y se utiliza la plataforma Teams para la sesión virtual.
- El archivo del CEI se mantiene actualizado. Con ocasión de la pandemia se ha implementado un archivo electrónico. Sin embargo, se mantiene un soporte físico en los archivos de la oficina del comité para los documentos que requieren firma dado que no contamos con un sistema de soporte para la firma electrónica. Estos documentos incluyen las cartas de respuesta generadas por el comité y los consentimientos informados, entre otros.
- Para el año 2024, se proyectó un cronograma con 9 capacitaciones, con la intención de realizar una charla por mes. Sin embargo, durante los meses de abril, julio, septiembre, octubre y noviembre, no se llevaron a cabo charlas debido a que se dio prioridad a otros temas a evaluar. A pesar de ello, en junio se realizaron tres charlas y en diciembre se completaron otras tres, logrando así que el cronograma se cumpliera en su totalidad.
- Adicionalmente, al menos un miembro del Comité de Ética Institucional (CEI) asistió a eventos académicos, y la información relevante fue socializada con el resto de los miembros.

- En 2024, se generaron un total de 148 comunicaciones, de las cuales el 70,9% correspondieron a investigaciones propias y formativas, mientras que el 22,3% fueron investigaciones patrocinadas. Esta relación porcentual experimentó un cambio respecto al año 2023.
- El volumen de comunicaciones de respuesta emitidas por el Comité de Ética Institucional (CEI) disminuyó en un 51,7% en comparación con el año anterior. En cuanto a la investigación patrocinada, durante 2024 se recibieron para evaluación dos nuevos protocolos, además de realizarse el seguimiento de otros dos protocolos patrocinados aprobados en años anteriores.
- Se dio cierre a dos protocolos: el protocolo FINEARTS, que incluyó la participación de dos pacientes en nuestra institución (quienes finalizaron su participación sin novedades), y el protocolo VALOR, que fue cancelado antes de su inicio.
- En relación con la investigación propia y formativa, se mantuvo la proporción de proyectos, con 51 protocolos evaluados en 2024, frente a los 53 protocolos evaluados en 2023. Del total de nuevos proyectos evaluados el 96,2% corresponden a investigación propia y formativa y el 3,8% a investigación patrocinada. El número de proyectos nuevos de investigación patrocinada sometidos a evaluación por la unidad de investigación se mantuvo con respecto al año 2023.
- Si bien la mayoría de nuevos proyectos evaluados corresponden a la investigación propia y formativa, los ingresos percibidos por el comité corresponden únicamente a la investigación patrocinada.
- De los 51 proyectos de investigación propia y formativa evaluados 45,1% corresponden a proyectos de residentes, 21,6% reportes de caso y 33,3% proyectos propios.
- De los 51 proyectos de investigación propia y formativa evaluados el 56,9% se aprobaron en el primer sometimiento, y 25,5% después de resolver inquietudes planteadas por el CEI, en 2 casos fue necesario realizar un 2do requerimiento y finalmente los proyectos fueron aprobados.
- De los 2 paquetes evaluados como paquete inicial para investigación patrocinada, el protocolo REMESLE-2 se aprobó una vez se resolvieron las inquietudes del CEI, la respuesta a inquietudes fue enviada 2 meses después de generados los requerimientos. Para el protocolo REGEN-016 se hizo uso del recurso de consultor externo, se emitieron observaciones, sin embargo, el patrocinador cerró el estudio antes de recibir respuesta a las inquietudes. En 2024 no hubo protocolos “No aprobados”, ni “Desestimados” para la investigación Patrocinada.
- El promedio de tiempo de respuesta de los investigadores de investigación propia & formativa a las inquietudes del CEI es de 1,55 meses, la cual se mantuvo con respecto al año 2023.
- El Cronograma de sesiones del año 2024 fue aprobado en la última sesión de 2023, socializado a través de cartelera de departamento de docencia y por correo electrónico con la unidad de investigación. Se programaron 24 sesiones para el año 2024, 3 de ellas no se realizaron porque a la fecha de corte no se había recibido documentación para evaluar. No se realizaron reuniones extraordinarias. En total se realizaron 21 sesiones en 2024. Las actas (revisadas y aprobadas por todos los miembros) y comunicaciones impresas esta disponibles en el archivo del CEI.
- La virtualidad continúa favoreciendo la participación de los miembros a las sesiones del CEI. En el 42,3% de las sesiones asistieron todos los miembros (8 miembros), en el mismo porcentaje asistieron 6 miembros y en el 14,3% asistieron 7 miembros.
- El manual tarifario está con base en el SMLMV, se generó y se socializó con la unidad de investigación una vez estuvo

disponible. Inmediatamente después de realizada cada evaluación se envió a la unidad de investigación el memo "EI-FR-12" para cobro a los patrocinadores. Las evaluaciones realizadas durante 2024 representaron un total de \$25'350.000 provenientes solamente de la investigación patrocinada.

- En 2024 la oficina de calidad HUCSR realizó una auditoría al CEI de acuerdo con el Plan de Auditoría a los procesos de la institución, con el objetivo de "Verificar el cumplimiento del componente del Comité de ética de la Investigación tomando como base lo establecido en el AC-MC-IN-01 Instructivo para Auditoría Interna a la Unidad de Investigación". Resultado 99% de cumplimiento, debido a falta de actualización de las políticas de confidencialidad y conflicto de interés en el nuevo formato institucional. Durante 2024 el CEI no recibió la visita de seguimiento al funcionamiento de los comités de obligatorio cumplimiento que realiza el depto. de calidad.
- El indicador de tiempos de respuesta del CEI estuvo dentro de la meta todo el 2024 ([Indicador de oportunidad](#)), el promedio de días calendario de respuesta para la investigación patrocinada fue 7,33 días y para la Propia & formativa 9,02 días, lo cual está por debajo de los 14 días requeridos por norma

Logros relevantes

- Se evaluaron oportunamente el 100% de las comunicaciones sometidas al CEI en 2024, a pesar de que en algunos casos la información fue sometida a destiempo e incompleta,
- El promedio anual de emisión de cartas de respuesta fue de 8,29 días calendario lo cual está dentro de lo requerido por la norma.
- El CEI aseguró que los derechos de los participantes fueran respetados en todo momento, por medio de la evaluación detallada de las comunicaciones recibidas. Para la evaluación del protocolo

REGEN016 y con el fin de lograr una evaluación objetiva se hizo uso del recurso de evaluador externo quien dio claridad al CEI en temas desconocidos para los miembros.

- En la visita de auditoría realizada por el Departamento de Calidad HUCSR se logró un 99% de cumplimiento
- Si bien los ingresos del CEI disminuyeron en 2024 debido a la falta de protocolos activos en la institución, el monto percibido por evaluaciones de la investigación patrocinada sigue soportando la evaluación de calidad de protocolos de la investigación propia y formativa.

Acciones de Mejora

Completar la actualización del mapa documental del CEI alineándolo con los procedimientos del departamento de calidad.

Optimización de Procesos

Las matrices de seguimiento de la información se han optimizado con el fin de facilitar la identificación de alertas de seguridad.

Retos 2025

1. Con respecto a la Acreditación institucional mantener procedimientos de calidad en cumplimiento con los estándares 1 y 2 aplicables para el CEI en el Manual de Acreditación
2. Al igual que se planteó para el 2024, el principal reto para 2025, consiste en la obtención de la recertificación en Buena Práctica Clínica por parte del ente regulador (INVIMA), la cual expiró en abril de 2023 y cuya visita de recertificación ya fue solicitada de manera oportuna por la unidad de investigación; para lo cual se espera cumplir las siguientes metas:
 - Mantener el cumplimiento de la resolución 2378, en cuanto a la conformación del CEI incluyendo el mantenimiento de las certificaciones de BPC vigentes.

- Mantener las matrices de seguimiento actualizadas
- Cumplir el cronograma de sesiones propuesto, manteniendo archivos actualizados incluyendo actas generadas oportunamente, comunicaciones administrativas.
- Mantener el indicador de cartas de respuesta dentro de la métrica requerida por norma (dos semanas después de la reunión)
- Cumplir el cronograma de capacitaciones propuesto para los miembros del CEI.
- Mantener el seguimiento óptimo de los protocolos aprobados por el CEI y que están activos durante el 2025.
- Mantener el mecanismo de control para realizar el cobro de las evaluaciones realizadas por el CEI.
- Asegurar el soporte documental del seguimiento de los protocolos (incluyendo los formatos de evaluación) para garantizar que las evaluaciones son realizadas con calidad.
- Atender a las visitas de auditorías programadas por el Departamento de Calidad y obtener al menos el 80% de cumplimiento.
- Garantizar un espacio físico adecuado que permita la custodia confidencialidad e integridad de los documentos, así como la confidencialidad en las sesiones del comité.
- Mantener copia actualizada de los documentos aplicables en el servidor destinado para tal fin.
- Realizar auto-auditorias y en lo posible una auditoría externa antes de la visita del ente regulador



08. GESTIÓN FINANCIERA

GESTION FINANCIERA

8.1. GESTIÓN DE TESORERÍA

8.2. GESTIÓN CONTABLE

8.3. GESTIÓN DE FACTURACIÓN

8.4. GESTIÓN DE CARTERA

8.5. GESTIÓN DE AUDITORÍA DE INTERNA

La función de Auditoría Interna del Hospital Universitario Clínica San Rafael está enfocada en el logro de los objetivos institucionales, aportando de manera significativa al fortalecimiento del control interno, la gestión de riesgos y el cumplimiento de la normativa vigente. A través de nuestras evaluaciones con su enfoque constructivo y su apoyo continuo en la operación diaria, se busca contribuir a la eficiencia organizacional, promoviendo una gestión transparente, segura y alineada con los procesos misionales, generando valor para todos los grupos de interés.

A lo largo del año 2024, se priorizaron actividades dirigidas a asegurar el cumplimiento de la normatividad establecida por la Superintendencia Nacional de Salud (SNS), con un enfoque particular en la implementación de prácticas orientadas al fortalecimiento del gobierno corporativo, la gestión de riesgos y el control interno.

Actividades desarrolladas:

- Diseño, documentación y aprobación por parte de la junta directiva de la estructura organizativa del comité de auditoría y de la función de auditoría interna, en cumplimiento de la circular externa 003 de 2018 de la SNS.
- Presentación de resultados al Comité de Auditoría.
- Informes emitidos, vigencia 2024:
- AI-001-2024 Evaluación de la contratación (dos proveedores)
- AI -002-2024 Inventario dotación

- AI -003-2024 Evaluación SICOF
- AI -004-2024 Evaluación SARLAFT/FPADM
- AI -005-2024 Evaluación facturación PGP Compensar
- AI -006-2024 Negociación y contratación con aseguradoras
- AI -007-2024 Evaluación facturas de atención de PGP Sanitas
- AI -008-2024 Liquidación y pago de honorarios médicos
- AI -009-2024 Negociación y contratación con Famisanar y Nueva EPS
- AI -010-2024 Inventarios medicamentos, insumos y dispositivos médicos

8.6. ESTADOS FINANCIEROS

HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL
NIT. 860.015.888-9
Bogotá D.C. Cundinamarca
Vigilado Supersalud
Estado de Situación Financiera
Al 31 de diciembre de 2024
Con cifras comparativas al 31 de diciembre 2023
(Expresado en miles de pesos)

| | 31 de diciembre de 2024 | 31 de diciembre de 2023 |
|------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Activos | | |
| Efectivo y equivalentes de efectivo (nota 15) | \$ 3.394.957 | \$ 648.420 |
| Deudores comerciales y otras cuentas por cobrar (nota 13) | 126.010.620 | 128.232.338 |
| Activos contractuales (nota 14) | 5.278.163 | 7.176.376 |
| Cuentas por cobrar partes relacionadas (nota 25) | 3.546.986 | 1.839.812 |
| Otros activos no financieros (nota 18) | 548.057 | 860.888 |
| Inventarios (nota 12) | 5.253.207 | 7.992.000 |
| Activos por derechos de uso (nota 17) | 1.668.360 | 797.810 |
| Total activo corriente | 145.700.350 | 147.547.644 |
| Otros activos no financieros (nota 18) | 424.103 | - |
| Propiedades y equipo (nota 16) | 19.932.525 | 23.560.817 |
| Activos por derechos de uso (nota 17) | 2.670.520 | 606.610 |
| Total activos no corrientes | 23.027.148 | 24.167.427 |
| Total activos | \$ 168.727.498 | \$ 171.715.071 |
| Pasivos | | |
| Sobregiros y préstamos bancarios (nota 20) | 4.399.735 | 9.548.502 |
| Acreedores comerciales y otras cuentas por pagar (nota 21) | 88.757.766 | 74.503.800 |
| Cuentas por pagar partes relacionadas (nota 22) | 63.544.342 | 35.223.351 |
| Beneficios a empleados (nota 10) | 10.095.100 | 9.258.586 |
| Provisiones y contingencias (nota 23) | 4.824.889 | 5.043.809 |
| Otros pasivos no financieros (nota 24) | 2.917.190 | 2.963.580 |
| Pasivo por arrendamiento (nota 17) | 1.513.413 | 761.242 |
| Total pasivos corrientes | 176.052.435 | 137.302.870 |
| Sobregiros y préstamos bancarios (nota 20) | - | 312.500 |
| Acreedores comerciales y otras cuentas por pagar (nota 21) | - | 598.380 |
| Cuentas por pagar partes relacionadas (nota 22) | 16.819.550 | 17.397.633 |
| Pasivo por arrendamiento (nota 17) | 2.989.306 | 647.169 |
| Total pasivos no corrientes | 19.808.856 | 18.955.682 |
| Total pasivos | \$ 195.861.291 | \$ 156.258.552 |
| Patrimonio (nota 19) | | |
| Fondo Social | 16.654.048 | 16.654.048 |
| Superávit por valorizaciones | 6.744.225 | 6.744.225 |
| Resultados acumulados | (10.235.780) | 17.498.325 |
| Adopción NIIF Grupo 1 por primera vez | 2.294.026 | 2.294.026 |
| Resultado del ejercicio | (42.590.312) | (27.734.105) |
| Total patrimonio | (27.133.793) | 15.456.519 |
| Total pasivo y patrimonio | \$ 168.727.498 | \$ 171.715.071 |

Las notas 1 a 32 son parte integral de los estados financieros.

VICTOR
HUGO
GOMEZ

Firmado digitalmente
por VICTOR HUGO
GOMEZ
Fecha: 2025.04.10
23:48:14 -05'00'

Víctor Hugo Gómez
Representante Legal (*)

LUIS ARTURO
ACOSTA
ALDANA

Firmado digitalmente
por LUIS ARTURO
ACOSTA ALDANA
Fecha: 2025.04.10
23:45:25 -05'00'

Luis Arturo Acosta Aldana
Contador (*)
T.P. 75114-T

Lina Cortés

Digitally signed by LINA
MARÍA CORTÉS
Fecha: 2025.04.10 23:40:48
-05'00'

Lina María Cortés Rico
Revisor Fiscal

T.P. 255841-T
Miembro de KPMG S.A.S.
(Véase mi informe del 10 de abril de 2025)

(*) Los suscritos Representante Legal y Contador Público certificamos que hemos verificado previamente las afirmaciones contenidas en estos estados financieros y que los mismos han sido tomados fielmente de los libros de contabilidad de la Compañía.

HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL
NIT. 860.015.888-9
Bogotá D.C. Cundinamarca
Vigilado Supersalud
Estado del Resultado Integral
Al 31 de diciembre de 2024
Con cifras comparativas al 31 de diciembre de 2023
(Expresado en miles de pesos)

| Años terminados el 31 de diciembre de: | <u>2024</u> | <u>2023</u> |
|-------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Ingresos de actividades ordinarias | \$ 276.654.795 | \$ 294.612.199 |
| Devoluciones rebajas y descuentos | (3.897.989) | (6.105.014) |
| Acuerdo de colaboración | (48.595.324) | (56.481.403) |
| Ingresos Netos (nota 4) | <u>224.161.482</u> | <u>232.025.782</u> |
| Costo de prestación de servicios (nota 9) | <u>(224.658.747)</u> | <u>(229.349.562)</u> |
| Resultado bruto | (497.265) | 2.676.220 |
| Otros ingresos (nota 5) | 1.512.729 | 741.836 |
| Gastos de administración (nota 6) | (34.196.232) | (23.267.130) |
| Otros gastos (nota 7) | (773.474) | (3.508.706) |
| Resultado de actividades de la operación | <u>(33.954.242)</u> | <u>(23.357.780)</u> |
| Ingresos financieros (nota 8) | 1.336.665 | 1.004.525 |
| Costos financieros (nota 8) | (9.972.735) | (5.380.850) |
| Costo financiero, neto | <u>(8.636.070)</u> | <u>(4.376.325)</u> |
| Resultado antes de impuestos | <u>(42.590.312)</u> | <u>(27.734.105)</u> |
| Gastos por impuesto a las ganancias (nota 11) | - | - |
| Resultado integral total año | \$ <u>(42.590.312)</u> | \$ <u>(27.734.105)</u> |

Las notas 1 a 32 son parte integral de los estados financieros.

VICTOR
HUGO
GOMEZ

Firmado digitalmente por
VICTOR HUGO
GOMEZ
Fecha: 2025.04.10
23:47:52 -05'00'

Víctor Hugo Gómez
Representante Legal (*)

LUIS ARTURO
ACOSTA
ALDANA

Firmado digitalmente
por LUIS ARTURO
ACOSTA ALDANA
Fecha: 2025.04.10
23:45:46 -05'00'

Luis Arturo Acosta Aldana
Contador (*)
T.P. 75114-T

Digitally signed by LINA
MARIA CORTES
Date: 2025.04.10
23:40:59 -05'00'

Lina Cortés
Lina María Cortés Rico
Revisor Fiscal
T.P. 255841-T
Miembro de KPMG S.A.S.
(Véase mi informe del 10 de abril de 2025)

(*) Los suscritos Representante Legal y Contador Público certificamos que hemos verificado previamente las afirmaciones contenidas en estos estados financieros y que los mismos han sido tomados fielmente de los libros de contabilidad de la Compañía.

HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL
NIT. 860.015.888-9
Bogotá D.C. Cundinamarca
Vigilado Supersalud
Estado de Cambios en el Patrimonio
Al 31 de diciembre de 2024
Con cifras comparativas al 31 de diciembre 2023
(Expresado en miles de pesos)

| Nota | Fondo Social | Superávit de capital | Utilidades Retenidas | | | Total patrimonio |
|---------------------------------------------|-------------------|----------------------|-----------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------|
| | | | Resultados acumulados | Resultados de ejercicios anteriores | Adopción NIIF Grupo 1 por primera vez | |
| Saldo inicial al 1 de enero de 2023 | \$ 16.654.048 | 6.744.225 | 29.842.958 | (12.344.633) | 2.294.026 | 43.190.624 |
| Cambios en el patrimonio: | | | | | | |
| Traslado del resultado del período anterior | - | - | (12.344.633) | 12.344.633 | - | - |
| Resultado del período | - | - | - | (27.734.105) | - | (27.734.105) |
| Saldos al 31 de diciembre de 2023 | 16.654.048 | 6.744.225 | 17.498.325 | (27.734.105) | 2.294.026 | 15.456.519 |
| Cambios en el patrimonio: | | | | | | |
| Traslado del resultado del período anterior | - | - | (27.734.105) | 27.734.105 | - | - |
| Resultado del período | - | - | - | (42.590.312) | - | (42.590.312) |
| Saldos al 31 de diciembre de 2024 | 16.654.048 | 6.744.225 | (10.235.780) | (42.590.312) | 2.294.026 | (27.133.793) |

Las notas 1 a 32 son parte integral de los estados financieros.

VICTOR HUGO GOMEZ
Firmado digitalmente por VICTOR HUGO GOMEZ
Fecha: 2025.04.10 23:47:31 -05'00'
Víctor Hugo Gómez
Representante Legal (*)

LUIS ARTURO ACOSTA ALDANA
Firmado digitalmente por LUIS ARTURO ACOSTA ALDANA
Fecha: 2025.04.10 23:46:05 -05'00'
Luis Arturo Acosta Aldana
Contador (*)
T.P. 75114-T

Lina María Cortés Rico
Digitally signed by LINA MARIA CORTES
Date: 2025.04.10 23:41:13 -05'00'
Revisor Fiscal
T.P. 255841-T
Miembro de KPMG S.A.S.
(Véase mi informe del 10 de abril de 2025)

(*) Los suscritos Representante Legal y Contador Público certificamos que hemos verificado previamente las afirmaciones contenidas en estos estados financieros y que los mismos han sido tomados fielmente de los libros de contabilidad de la Compañía.

HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL
NIT. 860.015.888-9
Bogotá D.C. Cundinamarca
Vigilado Supersalud
Estado de Flujo de Efectivo
Al 31 de diciembre de 2024
Con cifras comparativas al 31 de diciembre de 2023
(Expresado en miles de pesos)

| Años terminados el 31 de diciembre de | Nota | 2024 | 2023 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------------|--------------------|
| Actividades de operación | | | |
| Resultado neto del año | | \$ (42.590.312) | \$ (27.734.105) |
| Conciliación entre el resultado neto del año y el efectivo neto (usado en) provisto por las actividades de operación | | | |
| Depreciación | 16 | 4.113.471 | 4.299.413 |
| Pérdida en venta y retiro de propiedades y equipo | | - | 128.027 |
| Retiro de activos sin bajas | 16 | 400.864 | - |
| Diferencia en cambio no realizada | 21 | 41.990 | 628.613 |
| Provisión deudores | 13 | 4.087.919 | (5.451.180) |
| Provisión inventarios | 12 | (2.909) | (44.731) |
| Provisión deterioro de propiedades y equipo | 16 | 26.465 | 119.639 |
| Amortización de otros activos no financieros | 8 | 2.799.511 | 1.781.998 |
| Intereses causados por obligaciones financieras | 20 | 1.107.864 | 435.899 |
| Intereses causados por préstamos con relacionadas | 25 | 1.296.511 | 1.750.529 |
| Gastos por amortización activos por derecho de uso | 17 | 1.450.074 | 990.120 |
| Gastos por intereses en los pasivos por derecho de uso | 17 | 481.017 | 186.104 |
| Recuperación provisión por contingencias | 23 | (187.589) | 3.007.385 |
| Cambios en activos y pasivos operacionales | | | |
| Deudores comerciales y otras cuentas por cobrar | 13 | (1.866.201) | (10.435.493) |
| Activos contractuales | 13 | 1.898.213 | (280.637) |
| Inventarios | 12 | 2.741.702 | (1.397.535) |
| Cuentas por cobrar partes relacionadas | 25 | (1.707.174) | (1.666.547) |
| Otros activos no financieros | 18 | (2.910.783) | (2.411.810) |
| Acreedores comerciales y otras cuentas por pagar | 21 | 13.613.597 | 24.496.724 |
| Beneficio a empleados | 10 | 836.514 | 1.900.223 |
| Otros pasivos no financieros | 24 | (46.390) | 993.619 |
| Cuentas por pagar partes relacionadas | 25 | 26.446.397 | 6.015.541 |
| Provisiones por contingencias | 23 | (31.331) | (132.241) |
| Efectivo generado de actividades de la operación | | 11.999.420 | (2.820.445) |
| Activos por impuestos recuperados | | - | 114.211,00 |
| Intereses pagados | 20 | (1.107.864) | (430.038) |
| Flujo neto de efectivo provisto por (usado en) las actividades de operación | | 10.891.556 | (3.136.272) |
| Actividades de Inversión | | | |
| Adquisición de propiedades y equipo | 16 | (912.508) | (4.389.812) |
| Flujo de efectivo usado en actividades de inversión | | (912.508) | (4.389.812) |
| Actividades de financiación | | | |
| Nuevas obligaciones financieras | 20 | 30.572.172 | 27.927.412 |
| Pagos por arrendamientos | 17 | (1.290.226) | (1.077.949) |
| Pagos de obligaciones financieras | 20 | (36.033.439) | (23.744.988) |
| Pagos de intereses en los pasivos por derecho de uso | 17 | (481.017) | (186.104) |
| Flujo neto de efectivo (usado en) provisto por las actividades de financiación | | (7.232.510) | 2.918.371 |
| Disminución (aumento) neto del efectivo y equivalentes de efectivo | | 2.746.538 | (4.607.713) |
| Efectivo y equivalentes de efectivo al principio del año | | 648.419 | 5.256.132 |
| Efectivo y equivalentes de efectivo al final del año | | \$ 3.394.957 | 648.419 |

Las notas 1 a 32 son parte integral de los estados financieros.

Firmado digitalmente por VICTOR HUGO GOMEZ
Fecha: 2025.04.10 23:46:59 -05'00'

Victor Hugo Gómez
Representante Legal (*)

Firmado digitalmente por LUIS ARTURO ACOSTA
Fecha: 2025.04.10 23:46:23 -05'00'

Luis Arturo Acosta Aldana
Contador (*)
T.P. 75114-T

Digitally signed by LINA MARIA CORTES
Date: 2025.04.10 23:41:25 -05'00'

Lina María Cortés Rico
Revisor Fiscal
T.P. 255841-T

Miembro de KPMG S.A.S.
(Véase mi informe del 10 de abril de 2025)

(*) Los suscritos Representante Legal y Contador Público certificamos que hemos verificado previamente las afirmaciones contenidas en estos estados financieros y que los mismos han sido tomados fielmente de los libros de contabilidad de la Compañía.

Hospital Universitario Clínica San Rafael